

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Recuperação da
Pessoa com Incontinência Urinária

Tiago André de Sá Santos

Lisboa

2018

Three large, thick, green brushstrokes of varying shades (from light to dark green) are positioned in the bottom right corner of the page, extending diagonally upwards and to the left.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Recuperação da
Pessoa com Incontinência Urinária

Tiago André de Sá Santos

Orientador: Professor Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa

2018



“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades. As grandes conquistas ao longo da história foram as conquistas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

Agradecimentos

A realização deste relatório representa o culminar de um árduo caminho que percorri e que não seria possível sem o apoio de tantas pessoas que me suportaram e compreenderam, às quais aqui deixo o meu profundo agradecimento.

Ao professor Joaquim Paulo Oliveira por toda a disponibilidade e compreensão demonstradas e pela sua mestria em nortear o meu raciocínio ao longo deste percurso.

Aos enfermeiros orientadores e chefias dos locais de ensino clínico pela disponibilidade, amabilidade e motivação com a qual me receberam e partilharam os seus conhecimentos promovendo a minha aprendizagem.

À Dulce e à Ana Lúcia pelas horas intermináveis de estudo e trabalho ao longo de todo este curso.

Aos amigos que estiveram lá sempre para apoiar mas também para promoverem momentos de convívio e descontração (vocês sabem quem são!).

À minha família, em especial mãe, pai e irmã, pela compreensão e incentivo.

A ti Rita, um grande obrigado por tudo, pela compreensão das ausências, pela acumulação de “papéis”, pelo incentivo constante mesmo nos momentos mais difíceis e por estares sempre presente.

Lista de Siglas:

AVD – Atividades de Vida Diária

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAU – *European Association of urology*

EC – Enino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ICS – International Continence Society

ICIQ-SF – *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*

ICUD – *International Consultation on Urological Diseases*

IIEF-5 – Índice Internacional da Função Erétil

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

IU – Incontinência Urinária

LUTS – *Lower Urinary Tract Symptoms*

MIF – Medida de Independência Funcional

mMRC – *Modified Medical Research Council Dyspnea Scale*

MRC – *Modified Medical Research Muscle Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

Resumo

A incontinência urinária, caracterizada pela perda involuntária de urina, é um problema de saúde que pode ser classificado em vários tipos.

Do ponto de vista estatístico, verifica-se globalmente uma incidência considerável desta problemática. No entanto, a literatura evidencia que os dados estatísticos existentes estão aquém da realidade dado que muitas pessoas sofrem com esta problemática mas não procuram ajuda, quer pelos sentimentos de vergonha, uma vez que é socialmente expectável que o adulto seja capaz de controlar eficazmente o processo de eliminação vesical, quer pelo facto de se manter ainda nos dias de hoje a ideia de que a incontinência urinária é uma alteração normal relacionada com o envelhecimento. A sua vivência conduz a alterações no estilo de vida e nos hábitos da pessoa e dos seus relativos, podendo dar origem à necessidade de modificar/ajustar comportamentos. Como tal, torna-se uma área de excelência para a intervenção da enfermagem de reabilitação.

Considerando esta problemática, foi necessário ir para o contexto da prática de cuidados e implementar um projeto com objetivos específicos e atividades/intervenções previamente delineadas como forma de promover o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação que me permitissem atuar perante alterações relacionadas com a problemática em estudo. Adicionalmente, as atividades implementadas foram também ao encontro das restantes áreas de intervenção da enfermagem de reabilitação, o que permitiu o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e as específicas do enfermeiro de reabilitação, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. Os ensinamentos clínicos desenvolveram-se no contexto hospitalar, num serviço de urologia e num serviço de medicina, e no contexto comunitário numa unidade de cuidados na comunidade.

O presente relatório apresenta a descrição, a análise e o processo reflexivo sobre as atividades implementadas nos ensinamentos clínicos, pretendendo-se que evidencie o desenvolvimento das competências anteriormente mencionadas.

Palavras-chave: Enfermagem, Cuidados de enfermagem, Reabilitação, Incontinência Urinária

Abstract

Urinary incontinence, characterized by involuntary loss of urine is a health problem which can be classified in different types.

Statistically there is a considerable incidence of this problematic worldwide. However the literature shows that this statistical data are considerable far away from the reality since many people suffer from this condition but does not look for help either for feelings of shame, because it is socially expected that the adult is capable to control effectively the urine elimination process, or by the fact that nowadays there is still the believe that urinary incontinence is a normal change associated with the aging process. Its experience drives to changes in life style and habits of the person and their relatives, being able to originate the need of modify/adjust behaviors. Therefore it becomes an area of excellence for the intervention of the rehabilitation nurses.

Considering this problematic it was necessary to go to the context of the care practice to implement a project with specific objectives and activities/interventions previously defined as a way to promote the development of the rehabilitation specialist nursing competences which allows me to act in situations related to this problematic. Additionally the implemented interventions where also related with the other areas of rehabilitation nursing intervention, which allowed me to develop the common competences of the specialist nurse and the specific competences of the rehabilitation specialist nurse, defined by the Portuguese nurses order. The internships happened in the hospital context, in an urology unit and in a medicine unit, and in the community setting in a community care unit.

This internship report presents the description, the analyses and the reflexive process about the activities that I have implemented during the internship in order to evidence the development of the competences that I previously mentioned.

Key words: Nursing; Nursing care; Rehabilitation; Urinary incontinence.

Índice

INTRODUÇÃO	9
1. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA	13
1.1. Enquadramento Conceptual do Tema	13
1.1.1. A Pessoa em Situação de Incontinência Urinária	13
1.1.2. Impacto na Pessoa, Família e Sociedade	15
1.1.3. A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação	18
1.1.4. Quadro de Referência em Enfermagem	22
2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	24
2.1. Objetivos Gerais e Objetivos Específicos	24
2.2. Locais de estágio	24
2.3. Descrição e análise das atividades desenvolvidas em função dos objetivos	25
2.4. Análise e reflexão sobre as competências desenvolvidas durante o	
período de estágio	35
2.5. Avaliação global do trabalho desenvolvido em estágio	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio

Apêndice II – Jornal de Aprendizagem 1

Apêndice III – Jornal de Aprendizagem 2

Apêndice IV – Processo de Enfermagem 1

Apêndice V – Processo de Enfermagem 2

Apêndice VI – Avaliação Neurológica

Apêndice VII – Formação “Diabetes: Gestão e Administração de Insulina” - IPSS

Apêndice VIII – Formação “Conselhos práticos para a prestação de cuidados –
mecânica corporal” - IPSS

Apêndice IX – Formação “Conselhos práticos para a prestação de cuidados -
mecânica corporal” - ECCI

INTRODUÇÃO

No âmbito do 8º Curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, frequentado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi elaborado o presente relatório de estágio. Previamente à sua realização houve necessidade, durante o 2º semestre deste curso, de redigir um projeto de estágio que posteriormente foi implementado nos vários campos de ensino clínico (EC) durante o 3º semestre, com o objetivo de desenvolver as competências determinadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER). A elaboração do presente relatório tem como objetivos demonstrar o percurso de atividades desenvolvidas ao longo dos vários EC e, principalmente refletir sobre estas atividades confrontando-as com a evidência científica e explicitando o modo como contribuíram para o desenvolvimento das competências anteriormente mencionadas.

Durante este percurso houve a necessidade de ir para o terreno consolidar conhecimentos, praticar e desenvolver competências. Como tal e atendendo à problemática que decidi desenvolver no relatório, tive a necessidade de atuar em duas vertentes distintas mas que estão em constante interação, ao nível hospitalar e da comunidade. O EC hospitalar foi realizado em dois locais, num serviço de urologia e num serviço de medicina interna. O EC comunitário foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), integrando uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

No que se refere ao tema, decidi aprofundar a área da incontinência urinária (IU), por ser uma temática de gosto e grande interesse ao nível pessoal, por estar diretamente relacionada com a minha área de atuação profissional, na qual reconheci a necessidade de colmatar algumas lacunas no que se refere à minha intervenção, e também por ser, a meu ver, uma problemática capaz de condicionar grandemente a autonomia, a funcionalidade e a participação da pessoa no seio da comunidade em que está inserida.

À luz da literatura atribui-se como significado da IU a perda de urina que ocorra de forma involuntária/não controlada (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2017), podendo ser classificada em vários tipos de acordo com as alterações que lhe dão origem (Velosa, 2012). Ao nível nacional e internacional é notória a preocupação atual sobre esta problemática. Em Portugal, segundo os dados

mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE) verifica-se que no ano de 2014, relativamente ao total da população residente a partir dos 15 anos de idade (inclusive), a taxa de incidência total de IU foi cerca de 7,3%, mais incidente na mulher comparativamente com o homem, e a partir dos 65 anos (INE, 2016). Esta aparente baixa taxa de incidência, é o fator que mais preocupa os investigadores por considerarem serem reveladores da pouca importância atribuída pela população a este problema, considerando-o como uma alteração “normal” do envelhecimento e, por outro lado, reveladores dos sentimentos de vergonha e embaraço que este problema acarreta, levando a população a não procurar ajuda (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008). Esta problemática para além de interferir na funcionalidade, autonomia e liberdade da pessoa, causa também impacto ao nível das dinâmicas familiares com os seus relativos e, a um nível macro, causa impacto na própria sociedade.

No que diz respeito à reabilitação, a OE define como objetivos gerais “(...) melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima.” (OE, 2010b, p.1), e apresenta os processos de eliminação como sendo do domínio da intervenção do EEER. Esta perspetiva é igualmente partilhada na literatura com vários autores a afirmarem que a prestação de cuidados de enfermagem especializados a pessoas com incontinência urinária é uma prioridade para o enfermeiro de reabilitação (Pires, 2000; Rocha & Redol, 2017). Perante uma situação de IU a intervenção do EEER deverá iniciar-se pela avaliação o doente e, juntamente com ele, operacionalizar um plano de intervenção (Stevens, 2011). Para esta avaliação é fundamental questionar sobre a história evolutiva dos sintomas, realizar um exame objetivo, e quantificar objetivamente as queixas (Herr-Wilbert, Imhof, Hund-Georgiadis & Wilbert, 2010; Mendonça, 2012). Relativamente às intervenções para promoção da IU a literatura aponta para três tipos: técnicas comportamentais; técnicas farmacológicas; e técnicas cirúrgicas, verificando-se que de entre estas três categorias as técnicas comportamentais traduzem-se nas intervenções autónomas do EEER (Pires, 2000; Rocha & Redol, 2017).

Os EC foram fundamentais neste percurso de desenvolvimento de competências não só por providenciarem um espaço que permitiu a aplicação

prática das várias técnicas de intervenção do EEER, como também e igualmente importante, permitiram o confronto com novas realidades de prestação de cuidados, novas responsabilidades e sobretudo um novo olhar sobre a situação de limitação funcional/dependência da pessoa e a sua reintegração na vida familiar e social. A intervenção na vertente comunitária torna-se para o EEER um desafio na medida em que não nos permite ter um controle total sobre o ambiente em que ocorre a prestação de cuidados, ao mesmo tempo que exige ao EEER uma grande capacidade de adaptabilidade e de reinvenção de dispositivos que facilitem o dia-a-dia e o programa de reabilitação.

Como forma de dar resposta á problemática evidenciada e com vista ao desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER, defini como objetivos gerais deste trabalho: (1) Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da enfermagem de reabilitação (ER) às pessoas com incontinência urinária; e (2) Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da ER às pessoas com alterações respiratórias, sensoriais, motoras e da alimentação.

A Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, de Dorothea Órem foi escolhida por mim como quadro de referência. Na sua teoria, Órem reconhece a existência de 6 requisitos universais do autocuidado onde se destacam 2 que se assumem fundamentais, na sua relação com a temática em estudo, nomeadamente a necessidade de manter os processos de eliminação (segundo requisito) e a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano nos grupos sociais em que a pessoa está inserida (sexto requisito). Segundo Órem, quando os requisitos universais do autocuidado estão comprometidos, estamos perante uma situação de défice de autocuidado e portanto torna-se fundamental a intervenção do EEER (Taylor, 2004).

Com a elaboração deste relatório de estágio pretendo explicitar as aprendizagens realizadas, as intervenções desenvolvidas bem como os seus resultados e refletir estes aspetos à luz das competências preconizadas pela OE comuns do enfermeiro especialista e as específicas do EEER, evidenciando o meu processo de desenvolvimento destas competências.

Quanto à estrutura, este relatório está sensivelmente dividido em duas partes. A primeira parte corresponde à componente científica e formativa onde realizarei o enquadramento conceptual do tema resultante da *revisão scoping* que realizei e da literatura adicional que tive necessidade de consultar. Irei abordar a temática da IU, o impacto que esta traz para a pessoa, família e sociedade e qual a intervenção do EEER. Ainda nesta parte irei integrar a teoria de enfermagem que escolhi para dar sustento a este constructo. A segunda parte diz respeito à implementação do projeto. Aqui irei começar por abordar sucintamente os locais de estágio onde desenvolvi o projeto. Posteriormente apresentarei a descrição e análise das atividades que desenvolvi de acordo com os objetivos traçados, irei refletir sobre as competências desenvolvidas durante todo o período de estágio e por fim irei realizar uma apreciação global deste meu percurso. No final apresentarei as minhas considerações finais.

Ao longo deste relatório irei mencionar, remetendo para anexos e apêndices, vários documentos que se assumiram como fundamentais ao longo deste percurso, quer por servirem de suporte teórico às intervenções que implementei, quer por constituírem documentos que produzi durante os ensinos clínicos e que contribuíram para o processo de desenvolvimento de competências. Aqui irei englobar adicionalmente o projeto de estágio que desenvolvi durante o 2º semestre e que orientou o meu percurso ao longo dos ensinos clínicos.

No que diz respeito às referências bibliográficas, referências e citações ressalvo que foram realizadas de acordo com a norma APA.

1. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

1.1. Enquadramento Conceptual do Tema

1.1.1. A Pessoa em Situação de Incontinência Urinária

A bexiga é um reservatório constituído por uma parede muscular – detrusor, que é enervado pelas fibras do sistema nervoso parassimpático – encontrando-se, na sua extremidade, o colo vesical, estrutura que faz parte da uretra posterior. Aqui situa-se, proximalmente, o esfíncter interno da uretra (enervado pelas fibras do sistema nervoso simpático) e, distalmente, o esfíncter externo da uretra, que é controlado de forma voluntária permitindo evitar a micção involuntária, a par dos músculos do pavimento pélvico (Mendonça, 2012; Redol & Rocha, 2017).

A micção voluntária ocorre por um arco reflexo completo. Quando a bexiga atinge a sua capacidade, são enviados impulsos sensoriais até à medula sagrada. A protuberância, que está sob controlo voluntário do córtex frontal, dá então indicação para ocorrer contração do detrusor, provocando o relaxamento do esfíncter uretral. A inibição ativa do arco reflexo é responsável pela continência. Para tal são enviadas mensagens inibitórias do córtex frontal para o centro sagrado da micção que vão inibir a contração do detrusor e o relaxamento do esfíncter (Pires, 2000; Mendonça, 2012; Redol & Rocha, 2017).

Do ponto de vista académico e prático, as alterações relacionadas com a eliminação vesical são classificadas como LUTS (*Lower Urinary Tract Symptoms*), inserindo-se nesta classificação a IU (Abram et al., 2003; 2010).

Como anteriormente referido, a IU é definida, quer na literatura nacional quer internacionalmente, como qualquer perda de urina que ocorra de forma involuntária/não controlada (Abram et al., 2010; DGS, 2017; European Association of Urology [EAU], 2014, 2017), com intensidade variável “(...) desde fugas ligeiras e ocasionais, a perdas mais graves e regulares”. (DGS, 2017, p. 2). A versão 2015 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) acrescenta a esta definição a “incapacidade de controlo voluntário dos esfíncteres vesical e uretral.” (OE, 2016, p.63). No entanto, atualmente na prática clínica, admite-se uma das definições do *International Continence Society* (ICS) que define que a IU consiste em qualquer perda involuntária de urina que ocorra e que seja objetivamente demonstrável e

percebida/considerada como um problema social ou higiênico (Abram et al., 2010; Patrão & Nunes, 2012).

Vários trabalhos fazem a distinção da IU em transitória e instalada (Pires, 2000; Velosa, 2012). Admite-se que a transitória consiste numa situação aguda de início súbito que, por estar associada a uma situação médica ou cirúrgica, é resolvida quando se trata diretamente a causa. Em oposição, a instalada pode ter um início súbito (por doença aguda) ou um início gradual, quando não se identifica um fator precipitante. (Pires, 2000). A IU instalada é classificada segundo as alterações que lhe estão na origem, em vários tipos que irei abordar seguidamente.

A IU de urgência/por imperiosidade define as situações em que ocorre perda involuntária de urina, de forma repentina, mas que é imediatamente precedida de uma vontade miccional forte e que surge subitamente (Bucci, 2007; Abrams et al., 2010; Fraga, 2010; Patrão & Nunes, 2012). Ocorre por hiperatividade do detrusor (Patrão & Nunes, 2012; Redol & Rocha, 2017).

A IU de esforço/*stress*, ocorre quando se verifica um aumento súbito da pressão intra-abdominal associada à realização de esforços, sem que ocorra contração do detrusor. Ocorre frequentemente associada a tosse, aos espirros, ao rir, ao saltar, ao levantar pesos, etc. (Bucci, 2007; Abrams et al., 2010; Fraga, 2010; Patrão & Nunes, 2012; International Continence Society (ICS), 2015).

A IU é classificada como mista quando estão presentes quer características da IU de esforço, quer características da IU de urgência, ocorrendo a perda de urina por aumento da pressão intra-abdominal associada ao aumento da atividade do detrusor. (Abrams et al., 2010; Patrão & Nunes, 2012; Redol & Rocha, 2017).

A IU funcional é definida quando a pessoa não consegue chegar atempadamente à casa de banho ou a dispositivos urinários devido a fatores externos como barreiras ambientais ou a fatores internos relacionados com a sua motivação ou funcionalidade. (Bucci, 2007).

A IU por refluxo ocorre nas situações em que há uma grande distensão vesical, habitualmente crónica, sem se verificar atividade do detrusor. Verifica-se perda de urina por gotejamento contínuo em pequena quantidade, que ocorre à medida que a bexiga enche. Está frequentemente associada a queixas

de esvaziamento vesical incompleto (Bucci, 2007; Pires, 2000; Patrão & Nunes, 2012).

A IU total ou contínua consiste na perda involuntária de urina que ocorre de forma permanente/contínua (Abram et al., 2003; Bucci, 2007).

A bexiga neurogénica surge quando há disfunção vesico-esfincteriana, em resultado de lesões neurológicas. A literatura atual remete-nos principalmente para dois tipos, a bexiga neurogénica reflexa e a bexiga neurogénica autónoma. As situações de bexiga neurogénica reflexa estão relacionadas com lesões do 1º neurónio motor (acima do centro sagrado), em que o reflexo da micção permanece intacto. A micção pode ocorrer involuntariamente em virtude das alterações da condução dos impulsos sensoriais e, frequentemente é incompleta, provocando aumento da pressão intra-vesical e consequente refluxo de urina. Não há sensação de bexiga cheia. As situações de bexiga neurogénica autónoma envolvem o 2º neurónio motor, verificando-se comprometimento do arco reflexo da micção, do controlo motor e ausência de sensibilidade. Acumula-se um volume elevado de urina residual, desencadeando-se micção involuntária quando é excedida a capacidade da bexiga. (Pires, 2000; Mendonça, 2012; ICS, 2015; Redol & Rocha, 2017).

1.1.2. Impacto na Pessoa, Família e Sociedade

A IU é um problema de saúde com um impacto significativo nas populações. Ao nível mundial o *International Consultation on Urological Diseases* (ICUD) evidencia que os dados estatísticos relativos à prevalência da IU no sexo feminino são díspares, considerando que cerca de 10% do total de mulheres em idade adulta referem IU pelo menos semanalmente. Esta prevalência eleva-se para 25% a 45% quando é considerada a ocorrência de perda involuntária de urina ocasionalmente. Quanto ao sexo masculino, o ICUD realça que os dados existentes são igualmente díspares admitindo-se uma prevalência de IU entre os 4.81% e os 32.17%, sendo importante salientar que estes dados não contemplam os homens institucionalizados (Milsom et al., 2013).

Como referi anteriormente esta é também uma problemática na população portuguesa. De acordo com os dados mais recentes verifica-se que relativamente ao total da população residente a partir dos 15 anos de idade (inclusive), no ano de 2014, a taxa de incidência total de IU foi de cerca de

7,3%, mais incidente em mulheres (9.6% do total das mulheres residentes), comparativamente com os homens (4.8% do total dos homens residentes), e a partir dos 65 anos (tendencialmente aumentando a incidência, com o aumento da idade. (INE, 2016).

O impacto da IU assume grande importância, no domínio dos cuidados de saúde quando observamos que a sua prevalência é relativamente elevada e mais ainda, pelo facto de vários autores afirmarem que estes dados, aparentemente, ficam aquém da realidade uma vez que um grande número de pessoas sofrem com esta condição mas não procuraram ajuda (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008). A IU pode assim causar impacto em vários domínios, como ao nível da própria pessoa que sofre de incontinência, ao nível da família/cuidador e ao nível da sociedade (social e económico).

No domínio da pessoa que sofre de IU as alterações mais evidenciadas na literatura dizem respeito à esfera psicológica/emocional. A este respeito, a vivência da IU acarreta fortes sentimentos de vergonha e embaraço, podendo ser acompanhados pela diminuição da autoestima e, em situações mais graves, pelo desenvolvimento de quadros depressivos (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008; Stevens, 2011; Santos, 2012). Estes sentimentos são identificados como uma das grandes causas para que cerca de 1 em cada 3 pessoas não procurem ajuda junto dos profissionais de saúde (Sousa, 2016; Valença, Albuquerque, Rocha & Aguiar, 2016). Adicionalmente, outras causas que motivam a não procura de apoio especializado são identificadas nomeadamente o estigma, dado que é socialmente espectável que o adulto seja capaz de controlar eficazmente o processo de eliminação vesical e, o facto de prevalecer a ideia de que a perda involuntária de urina é uma situação normal, quando relacionada com o envelhecimento, e que é incurável, tendo a pessoa de aprender a viver com esta condição. (Pires, 2000; Santos, 2012; Valença et al, 2016). Salienta-se também a possibilidade de ocorrerem alterações na autonomia e independência, com consequente necessidade de readaptação da pessoa e modificação de comportamentos com vista a manter o seu autocuidado (Carvalho, 2011; Stevens, 2011). A IU pode determinar ainda alterações ao nível: da integridade cutânea; do bem-estar físico; das atividades

de ocupação e recreação; do sono e repouso; da atividade profissional; da sexualidade e ao nível doméstico. Verifica-se similarmente a existência de evidência relacionando a incidência da IU com o aumento do risco de fraturas. (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008; Herr-Wilbert, Imhof, Hund-Georgiadis & Wilbert, 2010; Carvalho, 2011; Valença, Albuquerque, Rocha & Aguiar, 2016).

Torna-se, assim, fundamental salientar que todas estas alterações abordadas, desde a vertente mais emocional, até à vertente mais prática da satisfação das necessidades básicas, contribuem fortemente para que a pessoa com IU esteja em maior risco de isolamento, não apenas relativamente aos seus familiares e amigos, como também ao nível da sua participação na sociedade em que está inserida (Carvalho, 2011; Stevens, 2011; Santos, 2012). Contudo, Sousa (2016) acaba por reforçar que se tem vindo a verificar um aumento da procura de ajuda especializada relacionando-a, principalmente, com a procura de melhor qualidade de vida por parte da pessoa.

No que diz respeito ao impacto da IU ao nível da família/cuidador, Carvalho (2011) refere que as possíveis limitações que a IU pode implicar no quotidiano da pessoa influenciam, inevitavelmente, a relação conjugal e familiar, sendo necessário a ocorrência de uma reorganização de funções e hábitos, no seio familiar, que permitam dar resposta às novas necessidades da pessoa. Neste domínio, o cônjuge e/ou o cuidador informal tende a ser o mais afetado já que é evidenciado que sofrem com o medo do desconhecido, nomeadamente sobre como a situação poderá evoluir, mas também com outras questões como: as alterações ao nível do sono e repouso (provocadas pela incidência da IU no período noturno) com consequente aumento do cansaço; o aumento da sobrecarga psicológica; o possível aumento das responsabilidades; e as alterações relacionadas com a dimensão da sexualidade. Todas estas alterações, numa outra análise, acabam por se tornar fatores determinantes para o isolamento/restrição, do doente/cônjuge/familiares/cuidador, no que respeita à sua participação social (Bicalho & Lopes, 2012).

Relativamente ao impacto da IU ao nível da sociedade, verifica-se, globalmente no domínio económico, um avultado custo anual relacionado com a aplicação de métodos de diagnóstico, com a prestação de cuidados de saúde associados a esta problemática e com o próprio tratamento (Serviço de Higiene

e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008). Mais concretamente, Pires (2000) realça que, nos Estados Unidos da América, estima-se um custo anual de 14 mil milhões de dólares e de 5 mil milhões de dólares, respetivamente ao nível da comunidade e em lares, relativos à prestação de cuidados de saúde a pessoas com IU. Por outro lado, o grande volume de pessoas com IU institucionalizadas ou hospitalizadas, faz emergir as barreiras ambientais existentes nas instituições, como por exemplo: a existência de casas de banho partilhadas e não adaptadas; a necessidade de chamar algum profissional da instituição para ajudar nos processos de eliminação; a falta de privacidade e até o próprio trajeto para chegar à casa de banho (Thompson, 2004; Gilling, 2005). Evidencia-se assim o impacto socioeconómico que a IU acarreta uma vez as instituições devem ser adaptadas, devem dispor de recursos que permitam responder às necessidades de autocuidado das pessoas com IU e os seus profissionais devem estar sensibilizados para esta problemática.

1.1.3. A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

A pessoa com IU pode experimentar alterações dos seus hábitos que condicionem a sua qualidade de vida, incluindo a sua capacidade para se auto cuidar. Do ponto de vista conceptual, o EEER atua junto de pessoas com necessidades especiais, com o objetivo de maximizar o seu potencial. Mais concretamente, a OE preconiza que as suas intervenções assegurem “(...) melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (...)” (OE, 2010b, p. 1), apresentando os processos de eliminação como sendo do domínio da intervenção da ER uma vez que são os EEER que, em muitos casos, percebem, no decorrer da prestação de cuidados, que o doente sofre de IU (Steven, 2011; Newman et al., 2013). A promoção da continência urinária contribuirá significativamente para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com IU e dos seus relativos

A avaliação das necessidades do doente é a base fundamental para a construção de um plano de intervenção e, como tal, encontra-se enquadrada nas competências específicas do EEER (OE, 2010b). O EEER deverá realizar uma avaliação pormenorizada detalhando vários aspetos: os antecedentes

peçoais e familiares; a medicação atual; a história atual, nomeadamente o início das queixas, a duração, a frequência, em que período ocorre (diurno e/ou noturno), quais os fatores precipitantes, se há sensação de plenitude vesical antes ou após urinar e, se consegue adiar a micção após sentir vontade de urinar (Alverzo, Brigante & McNish, 2007; Redol & Rocha, 2017). Importa também realizar o despiste de outros sintomas, como disúria e hematúria, questionar como é que a pessoa gere a perda de urina, assim como se já frequentou algum programa de treino (Bucci, 2007; Redol & Rocha, 2017), e analisar qual a quantidade de urina perdida através da contabilização e pesagem (*pad test*) dos produtos de apoio utilizados (pensos, fraldas), e também através do questionamento da pessoa acerca da perceção que esta tem das suas perdas de urina e do impacto que esta problemática provoca na sua qualidade de vida, devendo ser mobilizada como escala para esta avaliação, o questionário *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF) (Herr-Wilbert, Imhof, Hund-Georgiadis & Wilbert, 2010; Mendonça, 2012).

Adicionalmente, EEER pode recorrer a outros instrumentos de avaliação específicos para a IU para complementar a sua avaliação, nomeadamente ao diário miccional e à ecografia para avaliação do volume de urina presente na bexiga e do resíduo pós miccional (Thompson, 2004; Alverzo, Brigante & McNish, 2007; Herr-Wilbert, Imhof, Hund-Georgiadis & Wilbert, 2010; Mendonça, 2012). A avaliação deverá ainda contemplar a realização de um exame objetivo à pessoa, que compreende: um exame neurológico breve, com a avaliação de possíveis limitações cognitivas, da marcha, do tónus do esfíncter anal, do reflexo bulbocavernoso e da sensibilidade do períneo e dos genitais; e um exame físico, através da observação e palpação do abdómen e região pélvica (Thompson, 2004; Mendonça, 2012; Redol & Rocha, 2017). Na mulher, o exame objetivo poderá também contemplar a avaliação da perda de urina durante a realização de manobras provocatórias, como tossir ou manobra de Valsalva, na posição de litotomia e a avaliação do aspeto da mucosa vaginal e da existência de prolapso dos órgãos pélvicos (Mendonça, 2012).

Um último aspeto que merece atenção por parte do EEER é a avaliação da sexualidade do doente, uma vez que a IU pode provocar alterações ao nível da vivência da sexualidade (Redol & Rocha, 2017).

Realizada a colheita de dados cabe ao EEER delinear um plano de intervenção. Na atualidade, o EEER tem ao seu dispor inúmeras medidas de intervenção, considerando-se que “A primeira escolha deve incidir sobre o procedimento menos invasivo e mais seguro, mediante a incapacidade da pessoa, relação custo/eficácia, complexidade técnica e complicações.” (Rocha & Redol, 2017, p. 271).

Ao nível da IU as técnicas comportamentais correspondem às intervenções que o EEER deverá mobilizar, nos seus planos de intervenção uma vez que são consideradas por vários autores como intervenções autônomas do EEER com objetivo de diminuir o número e a intensidade da ocorrência de episódios de IU e não condicionam a realização de outros tratamentos futuros (Pires, 2000; Rocha & Redol, 2017). Importa no entanto salientar que estas técnicas não têm tradução em resultados imediatos, pelo que cabe ao EEER estabelecer, em parceria com o doente, objetivos realistas e atingíveis de forma gradual (Thompson, 2004).

A intervenção mais evidenciada na literatura corresponde aos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica (ou exercícios de Kegel). A sua realização provoca contrações do músculo coccígeo, o que contribui para melhorar a resistência da uretra promovendo, por um lado o seu encerramento e, por outro lado, o fortalecimento da musculatura peri-uretral voluntária e pélvica (Santos, 2012; Rocha & Redol, 2017). Na implementação destes exercícios o EEER deverá ter em consideração vários aspetos: que a pessoa saiba localizar e identificar corretamente os músculos a exercitar; que aprende como os deverá exercitar; e, que os exercite regularmente (Pires, 2000; Santos, 2012). Relativamente ao plano de exercícios a implementar admite-se, na literatura, como treino inicial, a contração destes músculos durante 10 segundos seguida de relaxamento dos mesmos também durante igual período de tempo, repetindo estes passos durante um período máximo de 10 minutos, 3 vezes ao dia (Pires, 2000; Santos, 2012). Deverá ainda ser realizado o ensino à pessoa sobre: a necessidade de esvaziar a bexiga antes de iniciar o treino; a possibilidade de realizar estes exercícios em qualquer posição; e, o surgimento de resultados ser, de um modo geral, apenas verificado após 4 a 6 semanas da sua implementação (Pires, 2000; Santos, 2012; Newman, 2014).

Concomitantemente à realização dos exercícios de Kegel, podem ser implementadas outras estratégias que reforçam este treino, nomeadamente, a utilização de cones vaginais, a estimulação elétrica e o *biofeedback*.

O treino vesical é outra das estratégias que o EEER pode implementar, que consiste em utilizar a distração e técnicas de relaxamento de modo a inibir a vontade de urinar após o desejo miccional, adiando o ato da micção (Santos, 2012; Rocha & Redol, 2017).

O treino de hábitos (ou micção temporizada) é outra estratégia mencionada na literatura, que consiste no estabelecimento de um horário para desencadear a micção voluntariamente, antes de ocorrer o enchimento total da bexiga com consequente sensação de plenitude. Inicialmente e mediante a avaliação da situação, deve ser implementado um intervalo entre as micções de 2 a 3 horas, sendo este aumentado de forma progressiva. É uma estratégia que, em casos de dependência/limitação, depende em grande parte do cuidador (Santos, 2012; Rocha & Redol, 2017).

A micção imediata é uma intervenção mais utilizada em pessoas com alterações cognitivas ou institucionalizadas. Consiste em responsabilizar a pessoa pelas idas à casa de banho e pelos episódios de incontinência, implementando-se através do questionamento regular se a pessoa tem a roupa seca ou húmida, sugerindo a ida imediata à casa de banho. Recorre-se ao reforço positivo para incentivar a pessoa, sempre que esta urina na casa de banho e não apresenta episódios de IU (Santos, 2012; Rocha & Redol, 2017).

O EEER pode também implementar estratégias ao nível da alimentação e da hidratação. No que diz respeito à alimentação, o ER deverá realizar ensino ao doente sobre a importância de uma ingestão adequada de fibras (para promover a motilidade intestinal) e sobre o evitamento de substâncias que estimulam a contractilidade vesical, como a cafeína (Thompson, 2004; Mendonça, 2012). Relativamente à ingestão de líquidos, o EEER pode, em parceria com o doente, adequar e adaptar a ingestão de líquidos às suas rotinas diárias (Mendonça, 2012; Riley & Organist, 2014), especificando Rocha & Redol (2017, p. 271) uma “(...) redução da ingestão hídrica de 20 a 30% a partir das 18 horas (...)”.

Uma última intervenção que o EEER tem à sua disposição é a autoalgiação ou cateterização vesical intermitente (Velosa, 2012). Esta técnica

deverá ser realizada pela própria pessoa ou por um cuidador, sendo que o EEER deverá realizar o ensino sobre o procedimento, os cuidados inerentes ao mesmo e, em parceria com o doente, estabelecer a frequência de realização desta técnica, considerando que “A frequência média de cateterização vesical varia entre quatro a seis vezes diárias (...)” (Rocha & Redol, 2017, p. 272). É necessário ter em consideração que o volume de urina na bexiga não deverá ser superior a 500ml (Rocha & Redol, 2017).

1.1.4. Quadro de Referência em Enfermagem

Como quadro de referência para a edificação deste relatório, optei por mobilizar a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, de Dorothea Órem. Órem define esta sua teoria como resultado da interligação de 3 outras teorias: a teoria dos sistemas em enfermagem, que define a enfermagem como uma ação humana, na medida em que pressupõe o estabelecimento de relações com o(s) outro(s); a teoria do autocuidado, que evidencia as razões que levam ao autocuidado; e a teoria do déficit de autocuidado, que focaliza as limitações da ação e a conseqüente necessidade de ajuda. (Taylor, 2004). Para Órem, o autocuidado consiste numa função humana que o indivíduo deverá desempenhar por si próprio com vista à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar. Considera a pessoa como agente da ação na medida em que o autocuidado implica que a pessoa tenha a intenção de fazer e, portanto, que tome parte da decisão de agir. (Berbiglia & Banfield, 2014).

Órem reconhece a existência de 6 requisitos universais do autocuidado, que constituem ações que devem ser praticadas por serem fundamentais ao funcionamento e desenvolvimento humano. Destes, destacam-se 2 que se relacionam diretamente com a problemática em estudo, nomeadamente a necessidade de manter os processos de eliminação (segundo requisito) e a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano nos grupos sociais em que a pessoa está inserida (sexto requisito). Segundo Órem, quando os requisitos universais do autocuidado estão comprometidos, estamos perante uma situação de déficit de autocuidado (Taylor, 2004). Nesta perspetiva, torna-se fundamental a intervenção do EEER junto de pessoas com incontinência urinária promovendo o seu autocuidado e a sua reintegração.

No contexto do EC utilizei como referencial para as minhas intervenções a teoria dos sistemas de enfermagem que define três sistemas básicos de intervenção de enfermagem, de acordo com a relação da sua ação para com o doente: o sistema totalmente compensatório, em que o doente tem uma atitude totalmente dependente e o enfermeiro concretiza o autocuidado, compensando a incapacidade; o sistema parcialmente compensatório, em que o doente participa no autocuidado mediante as suas possibilidades e o enfermeiro assiste o doente, compensando as suas limitações; e o sistema de apoio-educação, em que o doente é o responsável pelo seu autocuidado, intervindo o enfermeiro na regulação e supervisão do autocuidado (Taylor, 204).

Por último, Órem considera essencial a construção de um plano de enfermagem, como um processo desempenhado antes e depois do diagnóstico e prescrição de enfermagem que permite fornecer orientações para obter os resultados desejados (Taylor, 2004). Deste modo ao longo dos EC realizei processos de enfermagem sob a forma de estudos de caso que remeterei para apêndice.

2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

2.1. Objetivos Gerais e Objetivos Específicos

De modo a operacionalizar os vários EC defini previamente objetivos gerais e objetivos específicos. Relativamente aos objetivos gerais já os mencionei acima na introdução deste relatório. Quanto aos objetivos específicos em torno dos quais delinee atividades, foram desenvolvidos tendo por base as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER. Assim defini:

- (1) Compreender e integrar as dinâmicas organo-funcionais dos locais de ensino clínico;
- (2) Analisar o contributo do EEER no seio da equipa multidisciplinar
- (3) Compreender as intervenções do EEER junto da pessoa com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor e da alimentação;
- (4) Compreender as intervenções do EEER junto da pessoa com IU e dos seus familiares/cuidadores
- (5) Prestar cuidados especializados de ER à pessoa, com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor e da alimentação, utilizando a metodologia do processo de enfermagem.
- (6) Prestar cuidados especializados de ER à pessoa com IU, tendo por base a evidência científica mais atual e utilizando a metodologia do processo de enfermagem.
- (7) Executar intervenções especializadas de ER com vista à maximização da funcionalidade e das capacidades da pessoa/família/cuidador contribuindo para a sua reintegração na comunidade.
- (8) Analisar o processo de aprendizagem realizado, com vista ao desenvolvimento de competências.

2.2. Locais de estágio

Como forma de consolidar conhecimentos, implementar as atividades do EEER planeadas para cada objetivo específico e assim desenvolver competências foi fundamental a realização de EC. Dada a especificidade da

problemática que defini e a necessidade de abarcar outras áreas de intervenção do EEER, tive a necessidade de dividir o período de EC em contexto hospitalar por 2 serviços, de urologia e de medicina. Para realizar o EC comunitário integrei uma ECCL.

2.3. Descrição e análise das atividades desenvolvidas em função dos objetivos

Previamente à realização dos EC, ainda na construção o projeto de estágio, que pode ser consultado no apêndice 1, onde constam na íntegra as tabelas relativas aos objetivos específicos e atividades, foram planeadas intervenções a serem realizadas como meio para desenvolver as competências já mencionadas. Como tal, procederei de seguida à sua descrição justificando a sua realização, bem como alterações que, de acordo com as especificidades vividas nos locais de EC, tive necessidade de introduzir, uma vez que o desenvolvimento de competências assenta num processo dinâmico continuamente mutável.

Olhando para o 1º e 2º objetivos – “Compreender e integrar as dinâmicas organo-funcionais dos locais de ensino clínico”; e “Analisar o contributo do EEER no seio da equipa multidisciplinar” – por estarem intimamente relacionados irei descrevê-los em conjunto. As atividades planeadas para dar resposta a estes objetivos foram desenvolvidas ao longo de cada um dos EC, embora com uma predominância inevitável nas primeiras 2 semanas em cada local, período correspondente à adaptação aos serviços. As atividades planeadas e desenvolvidas fundamentalmente foram:

- Realização de uma visita aos locais de EC;
- Realização de uma entrevista aos enfermeiros chefes dos locais de EC e/ou orientadores do EC;
- Integração a equipa de enfermagem dos diferentes serviços;
- Análise dos protocolos, normas de serviço e de procedimento e outra documentação específica existente nos serviços;
- Observação da estrutura física de cada serviço;

- Identificação das especificidades de cada serviço;
- Identificação das dinâmicas habituais da prática de cuidados de ER nos serviços;
- Identificação dos produtos de apoio existentes nos serviços;
- Colaboração com a equipa de enfermagem na prestação dos cuidados diários.
- Análise dos âmbitos de intervenção dos vários intervenientes da equipa multidisciplinar;
- Observação da articulação existente entre o EEER e os restantes elementos da equipa multidisciplinar;
- Colaboração com a restante equipa multidisciplinar na promoção da continuidade de cuidados;
- Referenciação da pessoa/famíliares/cuidador para outros profissionais de saúde, sempre que necessário.

No que diz respeito ao planeamento realizado para responder a estes 2 objetivos verifico que todas as atividades foram implementadas nos vários locais de EC sem constrangimentos e de forma muito construtiva no sentido em que, para mim, contribuíram para o desenvolvimento de competências e, para os serviços, permitiu a introdução de mudanças. A este respeito, destaco que ao nível do serviço de medicina, cuja equipa é composta por 61 enfermeiros dos quais 7 são EEER, não existia ainda a distribuição por turnos dos EEER contemplando apenas a prestação de cuidados de reabilitação, ficando estes com o mesmo número de doentes atribuídos que os restantes colegas e não realizando um trabalho de reabilitação de continuidade. Era objetivo da enfermeira chefe edificar um projeto de reabilitação e a minha passagem pelo serviço (o primeiro aluno da especialidade de reabilitação de sempre na sua chefia) foi o mote para ela motivar os EEER e introduzir a mudança, dados os resultados positivos decorrentes da minha passagem no serviço. Assim, atualmente já se encontram diariamente escalados 2 enfermeiros no turno da manhã especificamente para prestarem cuidados de ER. Uma outra situação que permite validar as minhas intervenções foi o facto de a própria equipa médica que nunca recorria aos EEER por não conhecerem as especificidades da sua intervenção, após realizarem comigo e com a enfermeira orientadora o

debate de vários casos clínicos e verificarem a evolução positiva dos doentes em programa de ER, passaram a valorizar o trabalho dos EEER verificado pelo início do encaminhamento de doentes para avaliação e intervenção específica do EEER com vista à recuperação da funcionalidade preparando o doente/família para o regresso à comunidade. Numa situação concreta, uma médica do serviço solicitou a mim e à enfermeira orientadora a nossa intervenção junto de uma doente que à entrada no serviço era independente no domicílio e ficou confinada ao leito por uma pneumonia da base esquerda e rabdomiolise perdendo força ao nível dos membros inferiores e equilíbrio, com o objetivo que recuperasse novamente a autonomia ao nível da marcha para que pudesse ter alta para o domicílio, uma vez que a situação aguda de doença já estava controlada.

As entrevistas que realizei previamente aos EC foram fundamentais para estruturar o meu plano de atividades adaptando-o o mais possível para o tornar transversal tendo em conta as especificidades de cada contexto.

Adicionalmente é fundamental referir que houve oportunidade para acrescentar duas atividades às inicialmente delineadas. Se no contexto hospitalar as intervenções “Observação da articulação existente entre o EEER e os restantes elementos da equipa multidisciplinar” e “Colaboração com a restante equipa multidisciplinar na promoção da continuidade de cuidados” foram estruturadoras da minha intervenção, ao nível da comunidade duas novas intervenções, decorrentes da atitude pró-ativa da equipa da ECCI que integrei, foram fundamentais para o meu processo de desenvolvimento de competências, nomeadamente: a observação da articulação existente entre o EEER e a comunidade; e, a colaboração com os parceiros sociais na prestação de cuidados. Nestas duas atividades adicionais que desenvolvi destaco a articulação que realizei com variados parceiros sociais, desde as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) até aos órgãos políticos da Câmara Municipal do local de EC.

Relativamente ao 3º e 4º objetivos – “Compreender as intervenções do EEER junto da pessoa com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor e da alimentação” e “Compreender as intervenções do EEER junto da pessoa com IU e dos seus familiares/cuidadores” – uma vez mais descrevo-os em conjunto dadas as similaridades nas atividades que me permitiram dar-lhes

resposta, reconhecendo que um destes objetivos está diretamente relacionado com a problemática que me propus a estudar mas que, neste processo de desenvolvimento de competências é fundamental alargar a abordagem a todos os domínios de intervenção do EEER. As principais atividades planeadas foram:

- Realização de consulta de bibliografia de referência na área de ER (livros; artigos de revistas; trabalhos académicos);
- Realização de consulta de artigos científicos publicados na base de dados EBSCO (Medline; Cinahl e B-on);
- Análise e construção de conhecimentos específicos sobre as intervenções especializadas do EEER nas áreas da reeducação funcional respiratória (RFR), reeducação sensório-motora e da alimentação;
- Análise e construção de conhecimentos específicos relativamente ao modo de avaliação da pessoa com IU;
- Análise e construção de conhecimentos específicos sobre as estratégias especializadas/intervenções do EEER à pessoa com IU;
- Observação participante e análise das intervenções especializadas do EEER à pessoa com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor e da alimentação, implementadas pelos enfermeiros orientadores;
- Observação participante e análise das intervenções especializadas do EEER à pessoa com IU, implementadas pelos enfermeiros orientadores;

Todas as atividades inicialmente planeadas foram desenvolvidas, assumindo-se o trabalho de pesquisa que realizei e a observação participante extremamente úteis como meio para consciencializar a minha intervenção enquanto futuro EEER e moldar a minha aplicação prática dos conhecimentos necessária ao desenvolvimento das competências já evidenciadas. Estas atividades aplicaram-se transversalmente nos 3 EC, no entanto no serviço de urologia procurei dar mais enfoque àquelas diretamente relacionadas com a IU. Dentro destas atividades que realizei integra-se a revisão *scoping* como um dos meios que me permitiu construir conhecimentos sólidos e atualizados sobre a problemática em estudo.

Para o 5º objetivo específico “Prestar cuidados especializados de ER à pessoa com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor e da alimentação, utilizando a metodologia do processo de enfermagem” apliquei todas as atividades planeadas, nomeadamente:

- Promoção do envolvimento dos familiares/cuidador no planeamento e execução das intervenções planeadas, de acordo com a preferência e decisão da pessoa;
- Planeamento de programas de ER, em conjunto com a pessoa, nomeadamente:
 - Realização de colheita de dados para avaliação diagnóstica da pessoa/família/cuidador;
 - Mobilização de escalas de avaliação para avaliar a capacidade funcional da pessoa;
 - Mobilização dos recursos disponíveis nos vários locais de EC com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e sensação de conforto por parte do doente;
 - Realização do exame neurológico a pelo menos 3 doentes;
 - Realização de intervenções de ER na área da RFR a pelo menos 3 doentes;
 - Realização de intervenções de ER na área da alimentação/disfagia, a pelo menos 1 doente;
 - Realização das técnicas de ER relacionadas com a área motora, nomeadamente, técnicas de levantar, transferências, mobilizações dos segmentos corporais e posicionamento em padrão anti-espástico;
 - Realização de registos de enfermagem detalhados sobre as intervenções especializadas implementadas, contribuindo para a continuidade de cuidados;
- Seleção e ensinamentos sobre os produtos de apoio mais adequados à situação da pessoa;
- Colaboração com a restante equipa multidisciplinar na promoção da continuidade de cuidados;
- Avaliação do planeamento das intervenções de ER e dos resultados obtidos, junto do enfermeiro orientador e do professor orientador;

Este conjunto de atividades, foram desenvolvidas por mim principalmente no serviço de medicina e na ECCL. Não obstante, durante o EC no serviço de urologia, no âmbito destas intervenções, tive a oportunidade de trabalhar a área respiratória tanto nas situações pré e pós-cirúrgicas, como também aquando da realização de técnicas invasivas (ex: administração de terapêutica intra-vesical; lavagens vesicais; cistoscopias). Ao nível da atividade relacionada com a realização do exame neurológico, num destes casos optei por evidenciar descritivamente todo o percurso de avaliação do doente que realizei e que pode ser consultado no apêndice 6. Para além destas atividades, durante o EC no serviço de urologia proporcionou-se a oportunidade de intervir na área da sexualidade uma vez que neste serviço existe implementada pelo EEER uma consulta de sexualidade. Esta é também definida pela OE (2010b) como uma das áreas de intervenção do EEER e assume particular relevância para a problemática que decidi estudar uma vez que, de acordo com Redol & Rocha (2017), a IU pode provocar alterações ao nível da vivência da sexualidade. Assim, adicionalmente às atividades planeadas, desenvolvi atividades adicionais neste âmbito, ao nível da análise de bibliografia e construção de conhecimentos sobre a temática, avaliação dos fatores implicados na alteração da sexualidade do doente incluindo o uso de escalas de avaliação, realização de educação para a saúde e, ensino e treino de administração de terapêutica para a disfunção erétil. Estas atividades foram riquíssimas neste processo de desenvolvimento de competências por um lado porque estão estreitamente relacionadas com a minha área de atuação profissional na qual eu irei passar a atuar como EEER e, por outro, porque é, na minha opinião, uma área mais delicada da intervenção do EEER que não é praticada em todos os contextos da sua atuação pela sensibilidade que lhe está associada. Esta foi a principal razão que me levou a não integrar inicialmente a área da sexualidade no projeto de estágio, e assim considero agora que a oportunidade de desenvolver competências neste âmbito foi extremamente benéfica.

Não retirando importância aos outros objetivos que defini, o 6º objetivo específico – “Prestar cuidados especializados de ER à pessoa com IU, tendo por base a evidência científica mais atual e utilizando a metodologia do

processo de enfermagem” – assume-se como central à luz da problemática em estudo. Para lhe dar resposta, as principais atividades que desenvolvi foram:

- Realização de colheita de dados para avaliação diagnóstica da pessoa/família/cuidador integrando o uso de escalas de avaliação;
- Planeamento de programas de enfermagem de reabilitação à pessoa com IU, nomeadamente:
 - Implementação das intervenções especializadas de ER à pessoa com IU (plano de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica; treino de hábitos; treino vesical; plano de ingestão de líquidos; cateterização vesical intermitente; cateterização vesical permanente e uso de dispositivo urinário externo);
 - Realização de ensinios sobre técnicas que a pessoa pode adotar promotoras da continência urinária, nomeadamente: micção imediata; supressão em urgência; modificação do vestuário; modificação ambiente; modificação alimentar e esvaziamento pré-atividade física;
- Avaliação, através do questionamento à pessoa/famíliares/cuidador, da demonstração e da observação, da eficácia dos ensinios realizados;
- Seleção e ensinios sobre os produtos de apoio mais adequados à situação da pessoa;
- Avaliação do planeamento das intervenções de ER e dos resultados obtidos, junto do enfermeiro orientador e do professor orientador;

Todas as atividades que planeei para dar resposta a este objetivo foram realizadas ao longo dos vários EC, no entanto foi ao nível do serviço de urologia que tive oportunidade de aplicar a sua maioria uma vez que as queixas que traziam o doente até ao EEER estavam relacionadas com alterações ao nível das vias urinárias, com grande predomínio da IU. Das intervenções especializadas de ER à pessoa com IU a única que não realizei foi o ensino e treino da cateterização vesical intermitente, isto porque em nenhuma das situações vividas nos 3 EC houve necessidade de implementar esta intervenção. De modo a evidenciar algumas das atividades que implementei bem como os seus resultados em termos de melhoria funcional elaborei um estudo de caso relativo a uma situação vivida em EC que pode ser consultado

no apêndice 4. Importa também referir que relativamente à modificação do ambiente para facilitar os processos de eliminação urinária, quer no serviço urologia, quer no de medicina, foi realizada sempre com base na descrição que o doente realizava da sua habitação, não sendo possível garantir que o doente seguia essas indicações. Pelo contrário no EC em contexto comunitário, esta foi uma intervenção fundamental uma vez que aqui foi possível avaliar no local as possíveis barreiras limitadoras da autonomia da pessoa e atuar de acordo com essa avaliação associada às preferências do doente/família.

Para dar resposta ao 7º objetivo traçado – “Executar intervenções especializadas de ER com vista à maximização da funcionalidade e das capacidades da pessoa/família/cuidador contribuindo para a sua reintegração na comunidade” – planeei várias atividades, nomeadamente:

- Integração precoce, de acordo com as preferências e decisão da pessoa, da pessoa/família/cuidador na prestação de cuidados, potenciando a autonomia e o autocuidado;
- Planeamento, com a pessoa/famíliares/cuidador, de possíveis alterações no ambiente do domicílio, que facilitem os processos de eliminação;
- Planeamento, com a pessoa/famíliares/cuidador, de possíveis alterações no ambiente do domicílio, que facilitem a prestação de cuidados e promovam a autonomia da pessoa;
- Realização de educação para a saúde aos familiares/cuidadores sobre os princípios da ergonomia durante a prestação de cuidados a pessoas dependentes, salvaguardando a sua integridade física e evitando lesões;
- Participação nas visitas domiciliárias quer para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, quer para conhecer a pessoa/família/cuidador, o meio social em que está inserida, as condições habitacionais e as acessibilidades existentes;
- Identificação, de acordo com a legislação existente, dos recursos comunitários adequados existentes, passíveis de serem mobilizados com vista à reintegração da pessoa na sociedade;
- Realização de ensino à pessoa/família/cuidador sobre a importância de selecionar eficazmente os produtos de apoio mais adequados à situação da pessoa e ao ambiente onde estará inserida;

- Validação da efetividade dos ensinamentos realizados através do questionamento e repetição;
- Realização de sessões de educação para a saúde com a pessoa/família/cuidador com vista à preparação da alta.

Ao longo dos 3 EC que realizei tive a oportunidade de implementar todas estas intervenções planeadas o que me permitiu dar resposta a este objetivo específico. Verifico no entanto que algumas intervenções importantes que realizei, apesar de se enquadrarem nesta lista de atividades, pela sua especificidade não têm a visibilidade merecida, pelo que sinto necessidade de as evidenciar especificamente. Assim, no serviço de urologia tive a oportunidade de intervir na promoção do autocuidado com vista à preparação da alta, numa consulta de estomaterapia pré-cirúrgica onde realizei ensinamentos sobre: o funcionamento da urostomia; os cuidados na manipulação dos sistemas de drenagem; a legislação atual sobre as ajudas à pessoa ostomizada; e realizei a marcação do estoma de modo a que interfira o menos possível no dia-a-dia desta doente. Outras atividades que importam evidenciar dizem respeito às sessões de formação que realizei junto das cuidadoras formais numa IPSS da localidade e dos enfermeiros da ECCI, relacionadas com os processos de mecânica corporal e prevenções de lesões músculo-esqueléticas e com conceitos práticos para a prestação de cuidados com vista à potenciação da autonomia da pessoa/família cuidada. Para realizar estas sessões de formação/educação para a saúde tive a necessidade de realizar previamente o planeamento das sessões e, posteriormente analisar o seu decurso. Estes documentos que elaborei assim como as apresentações e o folheto construído podem ser consultados nos apêndices 7,8 e 9.

O 8º objetivo específico que defini diz respeito a “Analisar o processo de aprendizagem realizado, com vista ao desenvolvimento de competências”. O conjunto de atividades que planeei para lhe dar resposta foi:

- Realização de visita aos locais de EC;
- Realização de uma entrevista aos enfermeiros chefes dos locais de EC e/ou aos enfermeiros orientadores do EC;

- Realização de reuniões informais de orientação, semanalmente, com o enfermeiro orientador;
- Realização de orientações tutoriais com o professor orientador;
- Produção, semanal, de notas de campo refletindo o que foi feito e o que falta fazer;
- Reflexão sobre o meu percurso ao longo dos ensinamentos clínicos através da realização de jornais de aprendizagem;
- Realização de consulta de bibliografia de referência na área da enfermagem de reabilitação (livros; artigos de revistas; trabalhos académicos);
- Realização de consulta de artigos científicos publicados na base de dados EBSCO (Medline; Cinahl e B-on);
- Elaboração de pelo menos 1 plano de cuidados/intervenção, escrito;
- Elaborar o relatório final de estágio.

Avaliando este conjunto de atividades, verifico que as implementei todas ao longo dos EC embora, em alguns casos, com ligeiras modificações face ao planeado inicialmente. Relativamente às reuniões informais de orientação com frequência semanal, acabaram sempre por ocorrer no final de cada dia de EC, permitindo refletir em conjunto com os enfermeiros orientadores sobre as atividades que realizei e planejar o dia seguinte de EC. Quanto às notas de campo foram sem dúvida uma ferramenta fundamental na medida em que, após sensivelmente 7 meses do início dos EC, me possibilitaram manter presentes, ainda nesta fase, as situações vivenciadas ao longo dos vários EC e assim a sua análise reflexiva e mobilização no presente relatório. No entanto, apesar de ter planeado realizá-las semanalmente, consegui antes fazê-las diariamente após cada dia de EC. Relativamente aos jornais de aprendizagem realizei 2 ao longo dos EC. No entanto, adicionalmente também como forma de refletir o meu percurso e intervenção, ao nível do EC no contexto comunitário elaborei 3 relatórios de sessão (já mencionados no objetivo anterior) referentes às sessões de formação/educação para a saúde realizadas (apêndices 7, 8 e 9). Ainda relativamente às modificações realizadas, ao nível da atividade de elaboração de pelo menos 1 plano de cuidados/intervenção, é importante frisar que ao invés de realizar apenas o plano de cuidados propriamente dito, fi-lo de uma forma mais estruturada e aprofundada, elaborando sim 2 estudos de caso

onde contemplei de forma descritiva toda a avaliação que realizei ao doente incluindo a utilização de escalas de avaliação e também as intervenções que implementei assim com os resultados que delas se traduziram. Estes estudos de caso podem ser consultados nos apêndices 4 e 5. Adicionalmente ainda neste âmbito, como já referi anteriormente, elaborei por escrito uma das avaliações neurológicas que realizei.

2.4. Análise e reflexão sobre as competências desenvolvidas durante o período de estágio

Como já fui referindo ao longo do relatório, todo este percurso que realizei esteve sempre assente num objetivo principal, o desenvolvimento das competências preconizadas comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER.

Como competências comuns do enfermeiro especialista a OE (2010a) define:

A - Responsabilidade Profissional, Ética e Legal:

A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A2 - promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

B - Gestão da Qualidade:

B1 - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;

C - Gestão dos Cuidados:

C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar;

C2 - Adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;

D - Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais:

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Relativamente ao primeiro domínio de competências foi algo que mereceu sempre lugar de destaque em todas as intervenções que implementei relacionadas com a prática direta de cuidados aos doentes/família/cuidadores, atuando tendo sempre por base os princípios éticos que devem comandar a prática de enfermagem e que assumem ainda mais relevância quando falamos de prática avançada. As questões relacionadas com a confidencialidade, a privacidade e o acesso à informação foram constantemente asseguradas por mim no decorrer da minha intervenção através de ações que realizei como por exemplo correr as cortinas da unidade do doente durante a prestação de cuidados, assegurar que o doente mantinha o corpo coberto durante a realização de exercícios de mobilização dos segmentos corporais no leito ou questionando ao doente se pretendia a presença dos familiares/pessoa significativa durante as consultas de enfermagem e procedimentos de ER. O facto de atuar como consultor no que respeita aos cuidados da área de especialidade de ER quer junto de colegas, quer junto de doentes/famílias/cuidadores permitiu-me também atingir esta competência associado igualmente ao facto de atuar tendo sempre por base uma consciência preventiva e antecipatória de eventuais complicações, evidenciada por exemplo numa situação vivida no serviço de urologia em que avaliei que o doente esporadicamente apresentava episódios de IU desconhecendo quaisquer medidas para fazer face a esta condição. Adicionalmente ia começar uma medicação intra-vesical cujos efeitos secundários envolvem queixas irritativas das vias urinárias com possível aumento da IU, tendo eu atuado de forma preventiva preparando o doente para essas possíveis alterações através da consciencialização de que seriam alterações normais secundárias à medicação e que deveria de implementar um plano de exercícios do pavimento pélvico associado a uma gestão consciente da ingestão de líquidos e utilização de produtos absorventes para perda de urina. Voltei a avaliar o doente 1 semana após a intervenção e este referiu que experimentou um aumento das

queixas urinárias nos 2 primeiros dias após o tratamento mas sentiu-se mais descansado pois já estava preparado para a sua ocorrência.

O segundo domínio de competência foi atingido pela preocupação constante que demonstrei ao longo dos 3 EC relativa à importância da formação contínua como meio para a melhorar a qualidade dos cuidados e a manutenção de um ambiente terapêutico seguro quer para o doente/família, quer para os prestadores de cuidados. Para atingir este domínio de competência as sessões de formação que realizei quer às ajudantes de família quer aos enfermeiros da ECCI foram fundamentais uma vez que permitiram promover a aplicação, por parte destes formandos, dos princípios da ergonomia incrementando a sua segurança pessoal na prestação de cuidados e, inevitavelmente, promovendo a adesão à saúde e segurança ocupacional.

O terceiro domínio de competência relativo à gestão dos cuidados foi também atingido de forma evidente pelas ações que desenvolvi ao longo do EC. Reconheço que no trabalho de forma multidisciplinar, a delegação de tarefas é um dos seus alicerces. Não obstante, para manter a qualidade dos cuidados e o bom funcionamento dos serviços é fundamental reconhecer as funções de cada elemento da equipa multidisciplinar e criar condições para que a delegação possa ocorrer de forma segura. Neste âmbito a minha rápida integração em cada contexto de EC permitiu-me perceber o campo de ação de cada elemento da equipa e, desta forma, orientou a minha intervenção mediante aquilo que em cada serviço era esperado da minha intervenção enquanto futuro EEER. Invariavelmente a gestão dos cuidados implica a abertura para assumir as responsabilidades decorrentes da intervenção. Neste sentido, a maior demonstração de que atingi esta competência prende-se com o facto de o impacto que a minha passagem teve ao nível do serviço de medicina ter permitido, à equipa multidisciplinar compreender a importância e a necessidade da intervenção do EEER no incremento das questões relacionadas com a melhoria da autonomia, do autocuidado e da funcionalidade dos doentes. Por outro lado, como referi anteriormente a delegação implica criar condições para se poder delegar. Assim, e demonstrando que atingi este domínio de competência, verifico que as visitas domiciliárias que realizei em conjunto com as ajudantes de família de uma IPSS, resultante das dificuldades por elas evidenciadas aquando de uma das

sessões de formação que realizei, permitiram trabalhar a coordenação desta equipa de prestação de cuidados através da supervisão da sua intervenção e através da prestação direta de cuidados em conjunto com elas permitindo a instrução, demonstração e treino das tarefas delegadas a esta equipa. Esta intervenção vai ao encontro de Pestana (2017) que refere que indiscutivelmente os cuidados de ER têm um carácter multidisciplinar e que o EEER, pelas competências que lhe são específicas, deve assumir a liderança na gestão da comunicação e da articulação entre todos os elementos desta equipa.

O último domínio de competência requereu a realização de um trabalho de autorreflexão previamente aos EC, durante e no final dos mesmos, culminando com a construção deste relatório, sendo que a consciência que tenho de mim, dos meus conhecimentos, dos meus pontos fortes e das minhas limitações surgiram espelhadas em cada uma das minhas intervenções, inevitavelmente moldando-as. Noutra perspetiva, logo desde a fase de elaboração do projeto de estágio comecei a desenvolver este domínio de competência através de toda a pesquisa realizada onde se inclui a revisão *scoping*. Igualmente durante os vários EC a elaboração de jornais de aprendizagem contribuiu para o meu autoconhecimento e para dar corpo ao desenvolvimento da minha prática. Ainda dentro deste domínio de competência é importante afirmar que as 3 sessões de formação que realizei surgiram de uma avaliação das necessidades/limitações que os principais intervenientes nos contextos evidenciaram, sendo que para atuar com intuito formativo tive não só de avaliar mas também construir todo o material formativo necessário nomeadamente: os planeamentos das sessões; as apresentações; os folhetos; e, os relatórios finais de cada sessão.

Chegada esta fase do relatório é essencial direcionar esta análise ao encontro daquelas que são as competências específicas do EEER. A este respeito, Pestana (2017, p. 51) afirma que “ter competências específicas numa determinada área significa que se dispõe de ferramentas próprias, que são mobilizadas para dar resposta a determinada situação, com determinado grau de complexidade, no contexto de trabalho.”. Neste sentido, o que me proponho agora é evidenciar que as intervenções que implementei ao longo dos EC foram o meio que me permitiu atingir os objetivos inicialmente traçados levando

ao desenvolvimento de tais competências. A OE (2010b) define então 3 competências específicas do EEER:

J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;

J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;

J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Relativamente ao primeiro domínio de competência (J1) torna-se necessário começar por referir que em todas as situações em que intervim ao longo dos EC, utilizei uma metodologia baseada primariamente na realização de uma avaliação pormenorizada do doente e do seu contexto, identificando assim as necessidades de cuidados de ER e, posteriormente, construindo em conjunto com o doente/família/cuidadores um plano individual de reabilitação. Para realizar uma avaliação detalhada e objetiva dos doentes a quem prestei cuidados de ER e começando a dar resposta à unidade de competência J1.1 “avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.” (OE, 2010b, p.3), utilizei várias escalas de avaliação. A sua utilização veio permitir-me estabelecer um ponto inicial à data do meu primeiro contacto com o doente e também monitorizar objetivamente a sua evolução à medida que implementei os programas de reabilitação. De entre as várias escalas que utilizei, destaco aqui aquelas que mobilizei um maior número de vezes, nomeadamente: a medida de Independência Funcional (MIF); o índice de Barthel; o ICIQ-SF; o Índice Internacional da Função Erétil (IIEF-5); a *Modified Medical Research Council Dyspnea Scale* (mMRC); a *Medical Research Council Muscle Scale* (MRC); a escala de *Braden*; a escala de Morse; escala de coma de *Glasgow* e a escala modificada de *Ashworth*. Como exemplo da minha intervenção, no serviço de urologia avalei que um doente referia queixas de IU e que não sabia o que deveria fazer para melhorar a sua condição. De modo a objetivar quantitativamente esta avaliação apliquei o questionário ICIQ-SF cujo resultado foi: perde urina várias vezes por dia (score frequência = 4); no seu entender perde apenas uma pequena quantidade de urina (score quantidade = 2); numa escala de 0 a 10,

classifica a interferência da perda no seu dia-a-dia em 3 (score impacto = 3). Score total ICIQ-SF = 9. Face a esta avaliação implementei um programa de reabilitação que o doente deveria cumprir no domicílio e defini com ele uma meta de melhoria no prazo de 1 semana, altura em que o doente voltava a encontrar-se comigo. Na semana seguinte o doente referia que tinha cumprido o programa de reabilitação acordado e que sentia melhoria significativa das queixas. Voltei a aplicar o questionário ICIQ-SF que revelou: frequência= 1; Quantidade= 2; Impacto= 0; Score total= 3, afirmando que a situação em que perdeu urina durante essa semana foi associada ao facto de estar no supermercado ativamente às compras e não ter um WC disponível. Num outro exemplo, implementei um programa de reabilitação a um doente de 90 anos que foi internado com o diagnóstico de traqueobronquite aguda e derrame pleural bilateral. Previamente ao internamento o doente refere que era praticamente autónomo, realizando as suas AVD sem ajuda (exceto cozinhar), necessitando no entanto de recorrer a uma bengala como produto de apoio para a marcha. Com o objetivo de quantificar o grau de independência do doente apliquei a escala MIF. Na avaliação inicial o score total foi de 56. Ao longo da realização do programa de reabilitação fui avaliando a MIF semanalmente e assim, ao fim da primeira semana o score total passou a 87 e às 2 semanas passou a 96. À observação, foi visível a melhoria significativa do doente no que se refere à recuperação da sua independência e através do score MIF consegui demonstrar objetivamente essa melhoria. Importa ainda referir que uma das escalas que mobilizei na avaliação do doente no que respeita à função sexual não se encontra validada para a população portuguesa. Ainda assim utilizei-a uma vez que é uma ferramenta implementada naquele serviço e que beneficia indiscutivelmente a avaliação e consequente intervenção do EEER.

Ainda dentro do primeiro domínio de competência (J1), procederei agora à análise e reflexão das restantes unidades de competência - J1.2 “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”; J1.3 “implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da

sexualidade”; J1.4 “avalia os resultados das intervenções implementadas” (OE, 2010b, p.3) – de forma conjunta dada a interligação na prática de cuidados, inerente a estas unidades de competência, tornando-se mais organizador agrupar a análise das situações em termos de construção de planos de intervenção, implementação dos mesmos e avaliação de resultados, espelhando a metodologia do processo de enfermagem que propus aplicar como alicerce da minha intervenção nos EC.

Ao nível do serviço de urologia em que a maioria da população com que contactei foi do sexo masculino e com idades acima dos 60 anos, pude verificar que uma quantidade significativa de homens apresentavam queixas de IU, desconhecendo quaisquer medidas de intervenção neste âmbito, mas também não procurando ativamente ajuda exceto quando os questionava diretamente sobre esta problemática. Esta constatação que fiz está de acordo com a literatura mobilizada na introdução do relatório que realça a pouca procura de ajuda especializada nas situações de IU (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008). As queixas que verifiquei serem mais frequentes foram as queixas de noctúria, de incontinência de urgência e de incontinência de esforço. Numa destas situações um doente referiu que ocasionalmente tinha episódios de IU de urgência e apesar de não utilizar produtos de apoio para absorção da urina, considerando que as perdas não o justificavam, afirmava que por vezes quando não estava em casa esta situação o incomodava e que tinha sempre a preocupação de procurar uma casa de banho perto dos locais a que ia de modo a não ficar ansioso. Verifiquei que a única intervenção que realizava autonomamente era forçar a micção sempre antes de sair de casa mesmo que não existisse sensação de plenitude. Além de toda esta avaliação que realizei, apliquei o questionário ICIQ que revelou um *score* total de 8. Validei que a estratégia que já utilizava sempre antes de sair de casa era correta. Adicionalmente, delineei um programa de reabilitação envolvendo-o na sua construção de forma a responsabilizá-lo e a motivá-lo. Assim, realizei ensino sobre a importância da autogestão ativa da ingestão de líquidos mediante as atividades que tem planeadas diariamente e sobre a técnica de treino vesical. Realizei também ensino sobre os exercícios de Kegel e possibilitei que treinasse a sua realização, o que me permitiu validar que o doente os fazia de forma eficaz. Estabeleci como objetivo, em conjunto

com o doente que durante o período de 2 semanas iria realizar diariamente 3 séries de 10 contrações cada, com tempo de contração de 10 segundos e tempo de relaxamento de 5 segundos. Ao fim de duas semanas reavaliei o doente e, através do questionamento verifiquei que ainda se lembrava do programa de reabilitação implementado, afirmando que o tinha realizado de acordo com o planeado e sendo capaz de dizer o esquema que eu recomendei. O doente afirmou que notou melhoria da sua condição mais evidente nos últimos 4 dias, referindo que passou a conseguir aguentar mais tempo sem ter a sensação de urgência miccional e consequentes episódios de IU. Voltei a implementar a escala ICIQ-SF cujo *score* total foi de 3. Verifico nesta situação que o ponto-chave para alcançar melhoria da funcionalidade do doente em termos urinários prendeu-se com uma avaliação detalhada da situação e a motivação do doente para cumprir um programa de reabilitação cujos resultados não são imediatos. Relativamente à literatura, para as situações de IU de urgência são consideradas várias intervenções, nomeadamente: realização de exercícios de Kegel; treino vesical; treino de hábitos; adequação da alimentação e ingestão hídrica; e, a modificação do vestuário (Thompson, 2004; Bucci, 2007; Mendonça, 2012; Riley & Organist, 2014). As intervenções que mobilizei para este programa de reabilitação vão ao encontro das preconizadas pela literatura, dando desta forma suporte teórico à minha intervenção.

Como referi anteriormente umas das problemáticas relacionadas com a eliminação vesical que verifiquei ser mais experienciada pelos doentes são as queixas de nocturia motivando a necessidade da pessoa se dirigir com frequência à casa de banho para urinar durante o período noturno. Perante estas situações após avaliar cada caso em concreto, a minha atuação teve como objetivos a prevenção de potenciais riscos e acidentes decorrentes da necessidade da pessoa se deslocar à casa de banho durante a noite, a promoção da continência urinária prevenindo a ocorrência de episódios de IU funcional e, diminuir a frequência urinária noturna. Deste modo, identificadas as necessidades de cuidados, atuei de forma preventiva e implementei as seguintes intervenções: recomendei aos doentes realizarem uma gestão ativa da ingestão de líquidos evitando-os a partir das 18h, de acordo com as orientações de Rocha & Redol (2017); alertei para a importância do treino de

hábitos, promovendo o esvaziamento vesical sempre previamente ao deitar e realizei ensino sobre a importância de modificar/adequar o ambiente no domicílio facilitando a ida à casa de banho e diminuindo o risco de acidentes. Dentro desta intervenção as indicações que dei aos doentes foram no sentido de remover do caminho entre a cama e o WC eventuais tapetes, manterem uma luz de presença acesa no trajeto até à casa de banho a iluminar o caminho, acondicionar os animais de estimação para diminuir o risco de queda e, ponderar como recurso a utilização de produtos de apoio para a eliminação urinária como o urinol portátil. A implementação destas medidas de modificação do ambiente está de acordo com o que a literatura recomenda (Bucci, 2017) e, adicionalmente a sua implementação para o EEER é de extrema importância uma vez que faz parte das suas competências específicas não apenas diretamente pela promoção da funcionalidade, mas também pela eliminação de barreiras no contexto de vida da pessoa que limitem a sua capacidade de se autocuidar. Assim, ao implementá-las, para além de dar resposta ao primeiro domínio de competência, demonstrei também a forma como dei resposta ao segundo domínio.

Uma outra situação que vivi, durante o EC na comunidade, assumiu uma grande relevância neste meu processo de desenvolvimento de competências pelo facto de ter possibilitado implementar duas das atividades que planeei para responder ao objetivo específico 7, nomeadamente o planeamento de possíveis alterações no ambiente do domicílio que facilitem os processos de eliminação e a prestação de cuidados, mas também e principalmente pelo facto de me ter possibilitado estender os meus horizontes sobre a grande autonomia que o EEER pode ter na sua prática. Assim, uma das visitas domiciliárias que realizei partiu da iniciativa de uma colega, que não é EEER, responsável pela prestação de cuidados a esta senhora e que solicitou a nossa avaliação da situação enquanto EEER uma vez que os familiares queriam adaptar a habitação às necessidades de cuidados da doente, tendo inclusivamente adquirido alguns produtos de apoio, mas solicitaram ajuda nesse sentido uma vez que não estavam a conseguir obter os resultados que desejavam e estavam a ponderar fazer obras de adaptação da casa. Por outro lado a colega que nos referenciou a situação era da opinião que os produtos de apoio existentes não eram adequados à situação da doente. Avaliei então que esta

doente de 74 anos residia com o marido e agora também com a filha que tem sido a cuidadora principal. A doente terá sido sempre autónoma nas suas AVD mas no verão de 2017 foi-lhe diagnosticado um processo demencial de instalação súbita e de evolução rápida e a doença de Alzheimer, sendo que atualmente a doente é dependente total para a realização de todos os autocuidados. As principais necessidades que a filha identificou neste momento prendiam-se com tornar a casa de banho funcional para a prestação de cuidados de higiene e conforto. Verifiquei que a casa tem 2 casas de banho, a social que possui um poliban elevado do chão, cujo acesso é feito por meio de um degrau, e uma suíte com casa de banho integrada, espaçosa com uma banheira de hidromassagem mas que está consideravelmente elevada em relação ao chão (encontra-se acima da linha de cintura da doente e do seu marido) sendo que o casal não a consegue utilizar. Segundo a filha os cuidados de higiene e conforto são prestados diariamente com a doente sentada na sanita recorrendo ao uso de bacias de água, situação que entristece a filha pois afirma que a mãe “sempre gostou muito de se sentir lavada” (sic). Avaliei também que a doente não apresentava força ao nível dos membros inferiores que lhe permitisse realizar carga, dificultando os processos de transferência. Por esta razão, a filha optou pela colocação da fralda embora afirme que a doente tem controlo voluntário dos processos de eliminação. Quanto aos produtos de apoio a família comprou uma cadeira de banho que se adapta dentro da banheira, no entanto não resolve a impossibilidade de acesso ao interior da banheira, pelo que nunca chegou a ser utilizada. Adicionalmente a sua colocação na banheira aumenta ainda mais a altura a que a doente tem de se sentar. Quanto à casa de banho que possui um poliban a filha já falou com o construtor que afirmou não ser possível baixar o poliban ao nível do chão. Dadas as barreiras arquitetónicas identificadas e a disponibilidade demonstrada pela família para realizar obras de adaptação do domicílio, recorri ao Decreto-lei 163/2006 de 8 de Agosto onde se encontram definidas as medidas necessárias para tornar os espaços interiores e exteriores acessíveis a pessoas com limitações da sua funcionalidade. Com base no definido neste Decreto-lei, aconselhei a retirarem a banheira e a construir um espaço para banho ao nível do chão, ligeiramente inclinado (de acordo com o decreto-lei) com ralo para escoamento de água e com largura suficiente para que uma

cadeira de rodas possa entrar neste espaço e rodar 360°. Sugeri igualmente que tentassem realizar a troca da cadeira de banho que compraram, por uma cadeira de banho com rodas e com buraco, possibilitando não só a prestação de cuidados de higiene e conforto de forma segura no chuveiro, como também facilitando os processos de eliminação na sanita. Mostrei à filha da doente uma imagem deste tipo de cadeiras para facilitar a compreensão da sua utilização. No final da visita domiciliar deixei com a filha da doente uma cópia do Decreto-lei mobilizado. Ao refletir sobre esta situação e sobre as intervenções que desenvolvi, consciencializo que está aqui implícita a importância do EEER atuar na comunidade, rompendo com aquele papel tecnicista que lhe está associado, entrando numa ação de parceiro social e de consultor, com uma intervenção especializada que é demonstrativa da autonomia da sua prestação de cuidados. Suportando esta afirmação assim como muitas das intervenções que desenvolvi na situação descrita, Buchanan (2000) refere que a intervenção do EEER ao nível da comunidade exige o desenvolvimento de um conjunto de saberes dado o seu vasto campo de intervenção, que vão desde os conhecimentos ao nível de anatomia e fisiologia até aos conhecimentos sobre como aceder aos recursos da comunidade e conhecimentos ao nível legislativo. Compreendi assim o quão vasto pode ser o campo de intervenção do EEER sem que se perca a essência das competências que lhe estão na sua base. A este nível verifico que as minhas intervenções foram essenciais para desenvolver as competências específicas do EEER, principalmente as relacionadas com o primeiro domínio de competência dada a toda a avaliação e o exercício de debate e ensino que realizei junto dos familiares da doente, selecionando produtos de apoio mais adequados para a sua situação, e o segundo domínio de competência na medida em que identifiquei e supervisionei a utilização de produtos de apoio assim como assumi a responsabilidade de apoiar na eliminação das barreiras arquitetónicas que dificultam a prestação de cuidados à doente.

Retomando uma situação que já apresentei anteriormente de um doente de 90 anos internado com o diagnóstico de traqueobronquite aguda e derrame pleural bilateral, centro-me agora no programa de reabilitação que realizei com ele, pela sua riqueza de intervenções ao nível respiratório e motor, reveladora de que dei resposta a todos os domínios de competência do EEER. Após uma

avaliação pormenorizada da situação atual do doente comparativamente com a sua “normalidade” antes desta situação aguda de internamento, levantei os seguintes diagnósticos de enfermagem: trocas gasosas comprometidas; limpeza das vias aéreas ineficaz; mobilidade comprometida; capacidade para transferir-se comprometida; autocuidado higiene comprometido; autocuidado vestuário comprometido e autocuidado alimentar-se comprometido. Importa referir que estes autocuidados estavam comprometidos na sua maioria devido à diminuição da força muscular. Assim, de um modo genérico o programa de reabilitação que edifiquei focou-se principalmente no fortalecimento da força muscular e na melhoria da capacidade respiratória e foi aplicado durante cerca de 2 semanas e meia (este programa de reabilitação detalhado pode ser consultado no apêndice 5). Ao nível motor, insisti constantemente com o doente para que fosse ele a desempenhar o máximo das tarefas de autocuidado que conseguia incentivando-o a superar-se diariamente promovendo a sua autonomia. Estabeleci com o doente um programa de reeducação funcional motora treinando este diariamente de forma autónoma e também na minha presença: exercícios musculares e articulares dos membros superiores e inferiores (predominante extensões e flexões da articulação coxo-femural e do joelho), ativos, ativos-assistidos e ativos-resistidos; exercícios de fortalecimento muscular (ponte; *push’ups* no leito com auxílio do triângulo de mobilização e na cadeira de rodas e rolar na cama); treino de marcha com andarilho; ensinar a técnica de passar da posição de deitado a sentado, de sentado para de pé e de pé para sentado. O resultado deste treino intensivo resultou num aumento da força muscular evidenciado pela escala MRC e numa melhoria da funcionalidade. Ao nível da mobilidade e da marcha o doente foi tolerando cada vez maiores distâncias e foi ganhando a sua autonomia na marcha com andarilho (recordo que quando iniciei o programa de reabilitação o doente não era capaz de realizar carga nos membros inferiores suficiente para conseguir andar e antes de ser internado deambulava autonomamente apoiado por bengala). A capacidade do doente para se transferir aumentou significativamente segundo a escala MIF e índice de *Barthel* de uma condição em que necessitava de ajuda máxima para uma condição em que apenas passou a necessitar de ajuda mínima/supervisão. Ao nível do autocuidado higiene o doente evoluiu de uma situação inicial de ajuda total para ajuda

parcial, necessitando de ajuda apenas para lavar e secar a região genital e os membros inferiores. Ao nível da alimentação inicialmente era dependente total e quando teve alta estava já autónomo. No que diz respeito à dimensão da respiração inevitavelmente estava alterada não só pela sua situação de saúde atual, como também por ter como antecedente Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. A minha intervenção neste âmbito teve como finalidade melhorar a capacidade respiratória do doente e promover a limpeza das vias aéreas. Previamente à minha intervenção, realizei diariamente uma avaliação do doente que incluiu as suas queixas, a avaliação dos parâmetros vitais, a auscultação do tórax e a avaliação das características das secreções. A auscultação permitiu-me diariamente perceber em que local específico deveria incidir mais as minhas intervenções, assim como reavaliar a sua eficácia imediatamente após a intervenção. Como intervenções que apliquei para promover a limpeza das vias aéreas evidencio: ensino ao doente sobre a técnica da expiração forçada, que o doente era capaz de realizar mas apenas sob o meu comando verbal; ensinei e estimulei o doente a realizar o ciclo ativo de técnicas respiratórias; realizei as manobras acessórias de percussão, vibração e compressão; executei com o doente a técnica de tosse assistida e de tosse dirigida e, num dos dias realizei a técnica de drenagem postural clássica do lobo médio (doente no leito em decúbito semidorsal esquerdo, com declive da cama de cerca de 15°). Como meio de melhorar a capacidade respiratória apliquei diariamente um programa de RFR onde realizei: a dissociação dos tempos respiratórios; reeducação abdominodiafragmática da porção posterior e de cada hemicúpula; reeducação costal inferior direita e inferior esquerda; abertura costal global com e sem bastão; abertura costal seletiva à esquerda e à direita. Como resultados obtidos, ao nível da limpeza das vias aéreas verifiquei uma significativa melhoria ao nível da quantidade e das características das secreções, embora o doente mantivesse sempre alguma quantidade de secreções esbranquiçadas associadas à sua patologia de base, mas que conseguia expelir através dos acessos de tosse. Ao nível da capacidade respiratória as intervenções que implementei traduziram-se igualmente em resultados positivos para o doente, permitindo a diminuição do aporte de O₂ de 2L/min para 1L/min com suspensões periódicas para a realização dos cuidados de higiene e para o treino de marcha com progressiva

melhoria da tolerância e sem a sensação de dispneia. Uma das evidências que suporta esta observação foi a melhoria verificada segundo a escala mMRC passando de grau 3 inicial, para o grau 2. Analisando as intervenções que realizei e os resultados que obtive anteriormente evidenciados e confrontando-os com a literatura, verifico que a minha intervenção foi bem estruturada e, portanto, demonstrativa de que desenvolvi de forma eficaz as competências específicas do EEER. Tal é verificado pelo facto das intervenções que desenvolvi serem validadas pela OE no seu guia de boas práticas na reabilitação respiratória e estarem enquadradas naqueles que são os objetivos do programa de reabilitação respiratória segundo a OE (2018), mais concretamente minimizar a sintomatologia, maximizar a capacidade para o exercício físico; promover a autonomia da pessoa; aumentar a participação social; aumentar a qualidade de vida relacionada com a saúde e efetuar mudanças a longo prazo promotoras de bem-estar. Adicionalmente, os resultados que alcancei são concordantes com o que a mesma fonte define como resultados esperados. À luz das competências específicas do EEER torna-se então explícito que a minha intervenção nesta situação foi transversal a todas as unidades de competência dando- resposta individualmente à grande maioria dos seus critérios e demonstrando o meu desenvolvimento de tais competências.

Numa análise mais pormenorizada sobre as competências específicas do EEER observo que há, nos 3 domínios de competência, uma preocupação acrescida para que na sua intervenção, o EEER assegure que o doente/família/cuidador seja capaz de replicar o cuidado tornando-se autónomo através do ensino, da demonstração, do treino e da supervisão do seu desempenho. Incorporando este aspeto na minha análise reflexiva verifico que durante todo este percurso que realizei não me limitei apenas a prestar os cuidados. Antes, houve sempre uma preocupação acrescida da minha parte em transmitir ao doente/família/cuidador primariamente a razão e o objetivo para tal intervenção e também ensiná-los a fazer e supervisioná-los. Encontro na literatura sustento para esta minha preocupação, nomeadamente Dean-Baar (2000) refere que para a ER o processo de ensino é fundamental na medida em que visa ajudar a pessoa/família/cuidador a incorporar o comportamento adaptativo na sua vida com o objetivo de promover o máximo

nível de funcionalidade e de autocuidado. Não se trata portanto de substituir o doente, mas antes fazer com ele, potenciando a sua autonomia. Numa outra situação em que implementei um programa de exercícios de Kegel num doente que referiu queixas de IU associadas a esforços de tossir, espirrar e sentar-se, esta dedicação ao ensino da técnica a realizar teve extrema importância. Expliquei ao doente como deveriam ser realizados os exercícios e quais os sinais de uma correta realização. Em seguida, apesar do doente ter afirmado que tinha compreendido, solicitei que realizasse uma série de treino supervisionado por mim, de modo a ter a certeza que o procedimento era realizado de forma totalmente correta. Verifiquei então, com o doente deitado em decúbito dorsal numa marquesa que a técnica que estava a realizar não era a mais correta uma vez que de cada vez que contraía os músculos do pavimento pélvico realizava também contração dos abdominais e dos glúteos, levando inclusivamente a que a região dorsal se levantasse da marquesa. De acordo com a literatura os exercícios de Kegel “ (...) consistem essencialmente na contração dos músculos perineais, perivaginais e do esfíncter anal, como quando se tenta controlar a micção, mas sem contrair os abdominais, os glúteos ou os músculos da face interna da coxa.” (Santos, 2012, p. 167). Assim, reforcei a importância de não contrair dos músculos abdominais e os glúteos, incentivando-o a treinar até ter sucesso. Adicionalmente, também para facilitar a compreensão do exercício, com os meus dedos pressionei o períneo do doente e incentivei-o a contrariar esta pressão através da contração dos músculos pélvicos, tendo o doente tido sucesso na sua realização e percebido a forma correta de os realizar. Como balanço desta situação verifico que contribuiu para desenvolver os domínios de competência referidos, tomando a consciência de que caso não tivesse incentivado ao treino sob supervisão, o doente poderia não realizar o programa de reabilitação de forma adequada, o que o podia prejudicar ao nível da obtenção dos resultados esperados, não porque o doente não realizasse os exercícios propostos, mas porque o EEER não assegurou que este era capaz de demonstrar a sua realização.

Também como forma de demonstrar que desenvolvi estas competências relacionadas com o ensino, demonstração, treino e supervisão, assim como as competências J2 e J3 (OE, 2010b) no que respeita à realização de ensino aos cuidadores aos níveis do autocuidado e da maximização do potencial do

doente, realço que as 3 sessões de formação que realizei foram fundamentais. Duas destas sessões foram realizadas numa IPSS às ajudantes de família com as temáticas “Diabetes: Gestão e Administração de Insulina” e “Conselhos práticos para a prestação de cuidados – Mecânica corporal”, decorrentes de dificuldades que elas próprias identificaram como habituais na sua prática diária. Verifico que a abordagem teórico-prática que realizei foi benéfica para o desenvolvimento de competências das formandas pela possibilidade de irem treinando e aplicando os conhecimentos de forma prática ao longo da sessão. Por outro lado permitiu também gerar o debate que possibilitou às formandas expressarem os seus pontos de vista e, à luz da teoria, que elas próprias encontrassem estratégias para lidar com as dificuldades identificadas. Adicionalmente e como forma de provar o atingimento desta competências, em 4 situações de maior dificuldade na prestação de cuidados, combinei com as formandas a realização de visitas domiciliárias onde tive a oportunidade de avaliar o local de prestação de cuidados, de esclarecer dúvidas no local onde elas desempenham as suas funções, de treiná-las através da minha colaboração direta com elas na prestação de cuidados ao nível dos cuidados de conforto, vestir e despir e transferências, e de supervisionar a sua intervenção. A outra formação realizada foi à equipa de enfermagem da ECCI, intitulada igualmente de “Conselhos práticos para a prestação de cuidados – Mecânica corporal” onde possibilitei de igual modo o treino de várias técnicas a serem mobilizadas em programas de reabilitação com os doentes no domicílio, mais concretamente o treino de exercícios de promoção do equilíbrio e o treino das técnicas de passagem da posição de sentado para a posição ortostática e da posição ortostática para a posição de sentado, conseguindo que todos os enfermeiros aderissem a estes momentos de treino com empenho e motivação. Realço ainda que, de acordo com o que já foi mencionado, para realizar estas sessões de formação/educação para a saúde elaborei vários documentos de suporte, nomeadamente: o planeamento das sessões; as apresentações; 1 folheto; e, os relatórios de cada sessão. À luz da literatura todas estes documentos elaborados são essenciais, afirmando Dean-Baar (2000, p.151) que para maximizar a aprendizagem nas sessões de formação é necessário “(...) desenvolver finalidades e objetivos, identificar recursos, desenvolver conteúdos, identificar atividades de aprendizagem e planear a avaliação.”.

Um último aspeto que sinto necessidade de mobilizar nesta análise reflexiva pretende demonstrar que atingi o terceiro domínio de competência. É certo que, como já fui explorando ao longo desta reflexão, as competências específicas do EEER encontram-se intimamente relacionadas não sendo possível, ao analisar uma determinada situação da prática, dissociá-las. Ainda assim, e apesar de já ter apresentado provas de que o meu agir promove a maximização da funcionalidade da pessoa, é importante referir que a temática da mobilidade/imobilidade marcou, sem dúvida os meus EC. Deparei-me com muitas situações de imobilidade, umas vezes forçada pela falta de vontade do doente, outras vezes pela pouca disponibilidade dos profissionais de saúde. Segundo Pestana (2017, p.53) “a mobilidade de forma geral e a capacidade da pessoa se deslocar no ambiente são componentes da função física extremamente importantes, constituindo pré-requisitos para a execução das AVD e a manutenção da independência.”. A vivência destas situações motivou a que realizasse um jornal de aprendizagem sobre esta temática, que pode ser consultado no apêndice 3. Numa situação que vivi, prestei cuidados de ER a uma doente que estava internada por uma descompensação da sua patologia crónica, diabetes mellitus tipo II. A doente vive sozinha e previamente ao internamento era autónoma nas AVD. Como auxiliar de marcha utilizava no domicílio um andarilho com rodas. Ao 5º dia do seu internamento os colegas de cuidados gerais solicitaram que avaliasse a doente pois ainda só tinham realizado 1 tentativa de levante, com muito pouca tolerância da doente face ao posicionamento na cadeira de rodas. Avaliei a força muscular da doente e verifiquei que segundo a escala MRC apresentava grau 5 (realiza movimentos contra a gravidade e contra a resistência). Apoiei a doente na realização do levante e avaliei o equilíbrio verificando que o equilíbrio dinâmico na posição ortostática estava comprometido (tendência para realizar inclinação posterior do tronco). Realizei junto dela treino de marcha com andarilho desde a sua cama até à casa de banho. O sorriso aberto no rosto da doente foi demonstrativo da sua felicidade em voltar novamente a sentir alguma autonomia. Neste dia a doente foi capaz de satisfazer autonomamente os autocuidados higiene e vestir-se, com a minha supervisão, ao contrário dos dias anteriores de internamento em que os cuidados haviam sido prestados no leito, sendo a doente substituída e desresponsabilizada dos seus autocuidados.

Numa outra situação semelhante, prestei cuidados de ER a uma doente de 77 anos internada por uma pneumonia da base esquerda, rabdomiólise e hipocaliémia que, previamente ao internamento era autónoma no domicílio, onde residia sozinha. Os colegas de cuidados gerais sinalizaram-me esta situação por terem realizado tentativa de levantar com dificuldade, dado o facto de a doente realizar pouca carga ao nível dos membros inferiores. Até então a doente tinha estado limitada ao leito. Avaliei a força muscular e verifiquei que segundo a escala MRC apresentava grau 5. Verifiquei que era capaz de realizar eficazmente a ponte no leito. Ajudei doente a passar da posição de deitada para a posição de sentada no leito, e verifiquei que se encontrava muito receosa com a possibilidade de cair. Tranquilei a doente. Ajudei a doente a realizar o levantar com apoio do andador. Avaliei o equilíbrio verificando que o equilíbrio dinâmico na posição ortostática estava em risco de comprometido. Foi capaz de se autocuidar no wc com supervisão. Realizei treino de marcha com a doente com andador ao longo de todo o corredor do serviço 2 vezes, com tolerância, promovendo períodos curtos em que retirava o andador para que pudesse caminhar autonomamente. No dia seguinte a doente foi já capaz de realizar o levantar autonomamente. Voltei a realizar treino de marcha mas desta vez a doente já não teve necessidade de recorrer ao andador, conseguindo andar autonomamente. Assim, em 2 dias de treino intensivo consegui que a doente recuperasse a confiança e a sua autonomia ao nível da marcha, o que possibilitou maximizar a sua funcionalidade, tornando-a novamente autónoma nas suas AVD. Um aspeto adicional de extrema relevância nesta situação foi o facto de a doente nestes 2 dias abandonar o uso da fralda (que havia sido colocada pela dificuldade na mobilidade) e passar a ir autonomamente ao wc para realizar os processos de eliminação. Concordantemente com esta abordagem verifico na literatura que “o comprometimento da função neuromuscular e a diminuição da amplitude de movimento geram limitações funcionais que dificultam a execução das AVD.” (Pestana, 2017, p. 53), situação que se verificou em ambos os episódios descritos, onde a imobilidade teve impacto ao nível da funcionalidade das doentes. A tipologia de intervenções que implementei assim como os resultados que obtive na prática estão de acordo com a literatura na medida em que quando o EEER trabalha as questões relacionadas com a mobilidade, está

a contribuir para a promoção da autonomia e da independência da pessoa ao nível dos autocuidados (Pestana, 2017). Deste modo, torna-se evidente que as intervenções que levei a cabo potenciaram a maximização da funcionalidade destas doentes, promovendo a sua autonomia, revelando assim, que desenvolvi também este domínio de competência.

2.5. Avaliação global do trabalho desenvolvido em estágio

A realização do projeto de estágio e a sua posterior implementação em contexto de prestação de cuidados assumiram-se como alicerces para o desenvolvimento das competências com vista à minha especialização em enfermagem de reabilitação. Similarmente a qualquer processo de enfermagem, que deve ser precedido de uma rigorosa avaliação das necessidades e planeamento das intervenções a realizar (Potter, 2013), também todo este processo que me possibilitou o desenvolvimento de competências foi por mim conduzido desse modo, tendo sido iniciado com a definição da problemática a desenvolver e pesquisa bibliográfica que lhe surgiu associada, e continuado com a escolha dos locais de EC, a planificação das atividades a desenvolver em EC e a sua operacionalização prática. Este relatório é a meu ver e de acordo com a analogia anteriormente mencionada uma parte integrante da etapa de avaliação do processo de enfermagem.

Analisando os objetivos que tracei para os vários contextos de EC, tenho agora a possibilidade de afirmar que fui capaz de os atingir a todos através da implementação das atividades planeadas no projeto de estágio. Adicionalmente e enriquecendo este meu processo formativo surgiram, no decorrer dos vários EC, atividades e intervenções de enfermagem que, não fazendo parte do planeamento inicial, eu procurei conhecer, planificar e executar possibilitando-me intervir noutras dimensões às quais eu não me tinha proposto inicialmente. Um exemplo demonstrativo da importância de estarmos permanentemente despertos e prontos para aproveitar os *inputs* que o contexto prático nos dá foi o facto de ter aproveitado a oportunidade para implementar intervenções do EEER ao nível da dimensão da sexualidade. Outro exemplo que valida o anteriormente exposto foram as sessões de formação que realizei, pois apesar

de ter contemplado como atividade a desenvolver para dar resposta ao objetivo específico número 7 a “realização de educação para a saúde aos familiares/cuidadores sobre os princípios da ergonomia durante a prestação de cuidados a pessoas dependentes, salvaguardando a sua integridade física e evitando lesões.”, a minha perspetiva inicial era dar resposta a este objetivo com os cuidadores, individualmente, durante a prestação de cuidados ao longo dos EC, e não de modo coletivo realizando sessões de formação para um grupo de cuidadores, como acabei por realizar.

Concretamente cada local de EC por onde passei assumiu-se como imprescindível para a tomada de consciência e estruturação do meu pensamento crítico na área da enfermagem de reabilitação e, consequentemente para o desenvolvimento das competências previstas. Ao nível do EC no serviço de urologia as questões relacionadas com a IU e com a sexualidade foram as mais incidentes, permitindo-me desenvolver uma grande sensibilidade na avaliação criteriosa das queixas apresentadas pelos doentes, da sua história de saúde, dos fatores facilitadores adotados potenciadores da autonomia e, do impacto e da necessidade de reajuste ao nível das AVD e do ambiente, que estas problemáticas impõem à pessoa. Concomitantemente, a implementação das intervenções de EEER ao nível da IU permitiu mobilizar para a prática de cuidados a evidência científica mais atual resultante do trabalho de revisão *scoping* que realizei, fundamental para o estudo desta problemática e, portanto, para o processo de desenvolvimento de competências. O EC no serviço de medicina abriu-me, fundamentalmente, a porta para alargar o meu conhecimento e a minha competência de intervenção para além da problemática da IU que escolhi para estudo. Assim, para além de ter desenvolvido intervenções relacionadas com a problemática da IU, este campo de EC foi particularmente riquíssimo em termos de situações relacionadas com alterações respiratórias e sensório-motoras e situações de dependência. Aqui, dadas as especificidades que motivaram o internamento destes doentes serem consideravelmente diferentes daquelas que são do domínio das áreas onde me tenho desenvolvido profissionalmente, a exigência que senti foi altíssima o que, ao mesmo tempo acabou por ser um fator extremamente motivador e desafiante, permitindo-me avançar para além dos meus limites iniciais. As intervenções que realizei assim como os resultados

que obtive e que fui evidenciando no ponto anterior deste relatório, possibilitaram uma evolução positiva na recuperação ao longo do tempo de internamento, culminando com a maximização da funcionalidade dos doentes traduzida numa maior capacidade funcional e de auto-cuidado no momento da alta hospitalar. Dado que as limitações funcionais são muito incidentes na população internada neste tipo de serviço hospitalar, tive a necessidade de me articular diariamente com os vários elementos da equipa multidisciplinar como fisioterapeutas, terapeutas da fala, enfermeiros de cuidados gerais, médicos, assistentes operacionais, etc., traçando programas de reabilitação que contemplassem os *inputs* destes vários intervenientes. Neste contexto de EC uma das principais dificuldades com que me deparei foi o facto de implementar os programas de ER com vista à maximização da funcionalidade da pessoa e à promoção da sua autonomia, sem que no entanto me fosse possível avaliar presencialmente aquela que iria ser a residência do doente após a alta hospitalar. A meu ver seria fundamental não só do ponto de vista dos cuidados de reabilitação de modo a adaptar os treinos específicos de AVD de acordo com aquelas que irão passar a ser as exigências específicas impostas pelo ambiente após a alta (ex: realizar treino de marcha com andarilho com um doente que irá necessitar de utilizar como apoio de marcha um tripé por não ter espaço suficiente no domicílio para realizar marcha com andarilho), mas também porque deste modo poderia ser um recurso para o doente e para a família/cuidadores, facilitador e promotor de um ambiente domiciliário inclusivo, promotor da autonomia. Como forma de colmatar esta limitação sentida, procurei neste EC avaliar o mais detalhadamente possível o ambiente domiciliário através da entrevista ao doente/famíliares/cuidadores, numa tentativa de o caracterizar e de aconselhar em possíveis adaptações. O EC ao nível comunitário foi o local de excelência para desenvolver os cuidados de reabilitação diretamente no local onde as pessoas estão inseridas no seu dia-a-dia, exigindo ao EEER uma grande capacidade de ajuste e reinvenção das suas intervenções, adaptando-as especificamente a cada local e aos recursos específicos que cada doente tem naquele que é o seu ambiente privado. Em oposição à dificuldade que senti no EC no serviço de medicina, aqui, o facto de implementar os programas de reabilitação na casa dos doentes tornou-se um excelente desafio que, para mim, constituiu uma grande fonte de motivação e

de prazer. Adicionalmente o trabalho que desenvolvi junto dos vários parceiros sociais da comunidade com vista a maximizar as respostas em termos de cuidados de saúde e promoção da acessibilidade permitiu-me consciencializar que as competências conferidas ao EEER, permitem que possa estender a sua atividade a áreas tão vastas de intervenção que, a meu ver não as experienciando durante este processo de desenvolvimento de competências possam limitar o futuro EEER a perspetivar o horizonte das suas intervenções e, de certo modo, condicioná-lo ao nível da sua própria iniciativa e autonomia.

A respeito do balanço dos EC, anteriormente realizado, assumo que me marcou a dicotomia que encontrei entre a intervenção no contexto hospitalar e no contexto comunitário, no que se refere à implementação dos programas de reabilitação. Por um lado, ao atuarmos na comunidade, estamos a prestar cuidados de ER naquele que é o ambiente do doente (somos convidados a partilhar o espaço íntimo do outro), sendo fundamental utilizar este seu meio para promover a recuperação da sua autonomia e funcionalidade e também sugerir modificações para que possa dar melhor resposta às suas necessidades. No domicílio há que trabalhar com as condições em que os doentes vivem e saber respeitá-las uma vez que o controlo do ambiente é gerido pelo doente/família. Por outro lado, enquanto interveniente no meio hospitalar, o enfermeiro de reabilitação tem controlo sobre o ambiente na medida em que pode ou deve adaptar as unidades de acordo com as necessidades de reabilitação identificadas. Assim, considero o enfermeiro de reabilitação o perito em termos de consultoria e aconselhamento no sentido de promover a autonomia do doente naquele que é o seu espaço de vida. Porém, esta autonomia e intervenção de grande relevância do enfermeiro de reabilitação, que acredito que possa passar mais despercebida, só é possível quando há uma negociação e um consentimento para que as alterações sejam feitas, por parte do doente/família/cuidadores. Em muitos casos o doente/família/cuidadores vêm-se forçados a alterar a disposição da sua habitação para a tornar mais funcional à prestação de cuidados, podendo estas alterações originar inclusivamente alterações nas próprias rotinas de quem coabita. Uma das situações com as quais me deparei no ensino clínico na comunidade foi uma habitação partilhada por 3 irmãs com idades de 73, 77 e 81 anos de idade em que pelo facto da irmã mais velha estar acamada e

dependente total nos cuidados, o enfermeiro de reabilitação da ECCI em colaboração com a junta de freguesia providenciou o empréstimo de uma cama articulada e um colchão de pressão alternada e esta cama teve de ser colocada num canto da sala de estar porque não havia espaço para a colocar naquele que anteriormente era o quarto da doente. Ainda neste âmbito, verifiquei a ocorrência de práticas de cuidados, no domicílio, de potencial maior risco de lesões principalmente incidentes nos cuidadores/familiares, nomeadamente por dificuldades em manter, em determinadas situações, uma postura adequada na realização de esforços e/ou espaços de prestação de cuidados com consideravelmente pouca área disponível para a circulação. Neste sentido a oportunidade que tive de trabalhar estes aspetos diretamente com os cuidadores principais foi fundamental para o desenvolvimento das competências a que me propus.

No que se refere ao quadro de referência de enfermagem que escolhi para orientar este meu percurso de desenvolvimento de competências, considero que marcou presença constante ao longo dos vários momentos de EC, orientando o meu modo de pensar a enfermagem de reabilitação e de agir quer no planeamento, quer na prestação direta de cuidados. Perante as várias situações com que me deparei no contexto prático, delineei um plano de intervenção de ER, salientado por Órem como ferramenta essencial para a obtenção dos resultados desejados, adaptado às necessidades identificadas e debatido sempre com os enfermeiros orientadores clínicos. O quadro de referência escolhido assumiu-se como uma mais-valia na medida em que pautou a direção das intervenções que implementei para a constante promoção do autocuidado sempre com o objetivo de possibilitar a autonomia progressiva da pessoa na autossatisfação das suas necessidades e, portanto de acordo com os pressupostos definidos na teoria de Órem. Estas minhas intervenções oscilaram sempre entre o sistema de atuação parcialmente compensatório e o sistema apoio-educação de acordo com a condição da pessoa/família/cuidadores e com vista à sua recuperação e à adoção de medidas de promoção da saúde. Neste sentido, em todas as intervenções que desenvolvi, mais do que fazer por, eu atuei com intenção de ensinar e assistir o doente/família/cuidadores na realização das ações, em vez de os substituir.

Antes de finalizar a reflexão acerca da avaliação global do trabalho desenvolvido em estágio, é necessário analisar o percurso que realizei à luz daqueles que são definidos como os descritores de Dublin. Estes descritores permitem objetivar o grau de competência atingido demonstrando, no meu caso, que o estudante atingiu aquelas que são as competências previstas para o 2º ciclo de estudos. As cinco competências definidas são: Conhecimento e capacidade de compreensão, na medida em que o estudante parte dos conhecimentos adquiridos no 1º ciclo e desenvolve-os; Aplicação de conhecimentos e compreensão, visando que o estudante saiba aplicar os conhecimentos na compreensão e resolução de novos problemas ou de problemas que não são familiares, num contexto multidisciplinar; Realização de julgamento/tomada de decisões, na medida em que o estudante seja capaz de demonstrar capacidade para lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou realizar juízos, em situações de informação limitada ou incompleta; Comunicação, visando que o estudante seja capaz de comunicar as suas conclusões de forma clara a especialistas e não especialistas; Competências de auto-aprendizagem, na medida em que o estudante desenvolva competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida de um modo auto-orientado e autónomo (Joint Quality Initiative, 2015). Neste sentido, ao longo do constructo reflexivo que tenho vindo a realizar neste relatório, é visível que no decorrer deste percurso de formação desenvolvi todas estas cinco competências, dando resposta aos objetivos esperados para um estudante integrante do 2º ciclo do ensino superior. Mais concretamente, todo este meu percurso pautou-se pela necessidade constante que senti de dar corpo e significado a conhecimentos adquiridos a um nível de 1º ciclo de estudos e que, rapidamente com o início deste curso se revelaram limitadores da minha intervenção, pela complexidade e especificidade que a ação da ER implica. Depois, o contexto de EC exigiu que me confrontasse com o desconhecido, com situações diferentes daquelas que vivo na minha prática diária e, sobretudo, com novas situações de prática de cuidados as quais implicaram que, enquanto futuro EEER, mobilizasse os conhecimentos especializados desenvolvidos para dar resposta a estas situações. A gestão de situações de maior complexidade e a necessidade de realizar tomadas de decisão ao longo do meu percurso foram aspetos bem evidenciados na

reflexão que fiz anteriormente acerca das situações vividas nos vários EC e também alvo de reflexões mais profundas e integradoras do conhecimento através da realização dos jornais de aprendizagem. No que diz respeito à competência da comunicação, considero que esteve sempre presente em todas as situações ao longo deste meu percurso, por exemplo nas passagens de turno, na comunicação com a equipa multidisciplinar, nos ensinamentos realizados aos doentes/famíliares e cuidadores, e também ao nível das sessões de formação que realizei. Por último, mas igualmente importante, este percurso permitiu-me desenvolver ainda mais as minhas próprias ferramentas sentindo-me agora apto a responsabilizar-me pela minha própria aprendizagem autonomamente. Para tal, a elaboração do presente relatório de estágio, embora ainda que sob orientação tutorial, é uma evidência demonstrativa desta ambição para a autonomia na aprendizagem ao longo da vida com vista à melhoria contínua das minhas capacidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente relatório de estágio é o culminar de um longo e árduo percurso, que iniciei ainda em meados do ano 2016, direcionado para a área de especialidade em enfermagem de reabilitação com vista ao desenvolvimento de conhecimentos e competências que me permitam prestar cuidados de enfermagem relacionados com esta área de intervenção.

Para a sua elaboração ter sucesso, foi fundamental, numa fase inicial, realizar um projeto de estágio no qual defini estudar a problemática da IU, realizei uma revisão *scoping* e pesquisas adicionais de modo a caracterizar e a aprofundar os meus conhecimentos sobre a problemática definida, e delinee um conjunto de objetivos e de atividades a desenvolver para os atingir durante o tempo de EC. Para a edificação do referido projeto de estágio foram imprescindíveis os contributos de todas as unidades curriculares que frequentei pelos conhecimentos variados que me foram proporcionados, norteando a minha crescente autonomia para a procura de novos conhecimentos especializados.

Numa segunda fase, houve a necessidade de ir para o contexto da prática de cuidados implementar o projeto de estágio que havia construído, dando-lhe aplicabilidade e sentido. Para tal, senti a necessidade de repartir o tempo total previsto para EC por três diferentes serviços, nomeadamente um serviço de urologia e um serviço de medicina, ao nível hospitalar, e uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados, ao nível da comunidade. Todos estes três contextos práticos foram riquíssimos em termos de variedade de situações, permitindo que conseguisse desenvolver todas as atividades que havia previamente planeado e, inclusivamente, desenvolver atividades/intervenções adicionais, que vieram reforçar a minha capacidade de prestação de cuidados enquanto futuro EEER.

Numa terceira fase procedi então a um exercício reflexivo, analisando e confrontando as atividades/intervenções que desenvolvi, com o conhecimento proveniente da literatura, permitindo que, deste processo, eu tenha tomado a consciência acerca de mim, do meu conhecimento, e das minhas competências enquanto futuro EEER. Este exercício reflexivo traduziu-se então no presente relatório de estágio.

Relativamente à problemática que desenvolvi, a IU, escolhi-a por um lado porque ao nível pessoal tenho um gosto particular por ela, e ao nível profissional, sentia-me limitado na minha atuação enquanto enfermeiro de cuidados gerais. Por outro lado, verifiquei na literatura que a vivência da IU é geradora de sentimentos de vergonha e que condiciona quer a pessoa na realização das suas AVD e participação social, quer os seus familiares/cuidadores por partilharem com a pessoa a vivência destas mesmas condicionantes. Apesar deste impacto evidenciado e de muitas pessoas identificarem a IU como um problema, assiste-se a uma baixa procura por ajuda especializada por ainda ser considerada como uma condição normal associada ao envelhecimento (Pires, 2000; Valença, et al, 2016). Adicionalmente a minha escolha por esta problemática recaiu também no facto de a encarar, pessoalmente, como muito desafiadora na medida em que tive a perceção nas pesquisas realizadas que, apesar de estar definida como área de atuação do EEER, são poucos ainda os trabalhos existentes relacionados com esta área específica, quando comparamos com outras áreas de atuação.

Não obstante de ter definido a IU como problemática a estudar, durante este meu percurso direcionei igualmente o meu estudo e a minha intervenção na prática de cuidados em EC para as outras áreas específicas de intervenção do EEER, como forma de ser capaz de desenvolver o conjunto de competências definidas pela OE para o EEER.

Realizando um balanço final de todo este percurso, considero que fui capaz de alcançar o sucesso desejado, traduzido pelo facto de considerar que atingi as competências preconizadas pela OE quer comuns do enfermeiro especialista, quer específicas do EEER. Considero também que todos os conhecimentos que desenvolvi me permitem, a esta data, abraçar os pressupostos da enfermagem de reabilitação e sinto-me um enfermeiro capaz de prestar estes cuidados específicos no decorrer da minha prática diária. Ainda assim, estou plenamente consciente de que este foi apenas o início de um processo de desenvolvimento pessoal e profissional que deverá ser continuado por mim autonomamente ao longo da vida, promovendo uma prática constantemente atualizada e baseada na mais atual evidência disponível. Por outro lado e como membro ativo nesta prática avançada de enfermagem, sinto como uma missão de extrema importância utilizar os

conhecimentos especializados de enfermagem de reabilitação na produção de conhecimento científico específico da área, como forma de contribuir também para a evolução da própria especialidade.

Concretamente no âmbito onde desenvolvo a minha atividade profissional, um serviço de urologia, tenho as melhores das expectativas no que se refere a dar continuidade a este meu projeto de ser EEER, na medida em que as competências que desenvolvi ao longo deste percurso vão certamente reforçar a qualidade dos cuidados de enfermagem que presto diariamente. Concretamente, irei dar continuidade aos projetos que tenho já implementados ao nível da IU e da sexualidade, mas agora com um reforço considerável acerca da variedade de intervenções que poderei autonomamente implementar, e também com um grande ênfase numa recolha de dados completa, fundamentada e dirigida não só aos aspetos funcionais das alterações relatadas pelas pessoas, mas integrando igualmente a promoção da funcionalidade e tendo uma atenção ainda mais reforçada acerca da capacidade de realização do autocuidado no domicílio. Adicionalmente as competências que desenvolvi permitir-me-ão gerir de forma mais eficaz os processos de reabilitação de cada pessoa estando agora mais desperto para os fatores que podem influenciar de forma negativa a obtenção dos resultados desejados quer pela pessoa, quer pelo enfermeiro. Adicionalmente e uma vez que exerço a minha atividade num contexto em que preparo, em consulta de enfermagem, a pessoa para a realização de procedimentos cirúrgicos, as áreas relacionadas com as alterações respiratórias e da mobilidade, as quais até então não eram merecedoras de tanta atenção da minha parte, vão passar a ser integradas por mim na prática diária, através da implementação de programas de reabilitação orientados para a promoção da autonomia e da funcionalidade, que tenciono dar continuidade no momento pós-operatório após o doente regressar ao domicílio.

Para finalizar, invoco o sentimento de satisfação, de tranquilidade e de dever cumprido que tenho neste momento, pela chegada ao fim de um percurso desafiante, mas que abre a porta a um inevitável acréscimo de preocupações e responsabilidades de dever para com a profissão de enfermagem, na demonstração da necessidade fundamental da existência de cuidados de enfermagem de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, P, Andersson, K.E., Birder, L., Brubaker, L., Cardozo, L., Chapple, C., & Wyndaele, J.J. (2010). Fourth international consultation on incontinence - Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 29, p.213-240;
- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U. ... & Wein, A. (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: Report from the Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. *Urology*, 61 (1), 37-49;
- Alverzo, J., Brigante, M.A., & McNish, D. (2007). Improving stroke outcomes- rehabilitation strategies that work. *American Journal of Nursing*. 107(11), 72B-73F;
- Berbiglia, V.A. & Banfield, B. (2014). Self-Care deficit theory of nursing. In M.R. Alligood (coord.), *Nursing theorists and their work*. (8ª ed.). (pp. 240 – 257). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby;
- Bicalho, M. & Lopes, M. (2012). Impacto da incontinência urinária na vida de esposas de homens com incontinência: Revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 46 (4), 1009-1014;
- Bucci, A., (2007). Be a continence champion: Use the chammp tool to individualize the plan of care. *Geriatric Nursing*, 28(2), 120-124;
- Buchanan, L. (2000). Enfermagem de reabilitação na comunidade. In S.P. Hoeman (coord.). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo* (pp.127-144). Loures: Lusociência;
- Carvalho, J. (2011). A transição do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical. *Onco.news*. (17), 9-17;

- Dean-Baar, S. (2000). Ensino e aprendizagem orientados para resultados. In S.P. Hoeman (coord.). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo* (pp.145-159). Loures: Lusociência;
- Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de Agosto. Regime da Acessibilidade aos Edifícios e Estabelecimentos que Recebem Público, Via Pública e Edifícios Habitacionais. *Diário da República I série*, Nº 152 (08-08-2006), 5671-5689;
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Norma nº 013/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017: Regras de prescrição de dispositivos médicos na retenção/incontinência em idade pediátrica e no adulto*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;
- European Association of Urology (2014). *Patient information: urinary incontinence*. Arnhem: European Association of Urology;
- European Association of Urology (2017). *EAU guidelines on neuro-urology*. Arnhem: European Association of Urology;
- Fraga, A. (2010). *Urologia em medicina familiar: Incontinência urinária*. (Separata científica publicada pela Associação Portuguesa de Urologia dirigida aos médicos de medicina familiar). Lisboa: Associação Portuguesa de Urologia;
- Giling, A. (2005). The role of ward-based continence resource nurses in aged care rehabilitation nursing. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses Association*. 8(3), 14-15;
- Herr-Wilbert, I., Imhof, L., Hund-Georgiadis, M. & Wilbert, D. (2010). Assessment-guided therapy of urinary incontinence after stroke. *Rehabilitation Nursing*. 35(6), 248-253;
- INE, I.P., (2016). *Estatísticas da saúde 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística;
- International Continence Society (2015). *Fact sheets: A background to urinary and faecal incontinence*. Bristol: International Continence Society;

- Joint Quality Initiative (2015). Joint quality initiative: The origin of the Dublin descriptors: Short history [em linha]. Acedido Março 20, 2018. Disponível em: <http://ecahe.eu/assets/uploads/2016/01/Joint-Quality-Initiative-the-origin-of-the-Dublin-descriptors-short-history.pdf>;
- Mendonça, T.M. (2012). Disfunções miccionais: Uropatia obstrutiva baixa. In M.M. Silva, A. Duarte, J. Galo & N. Domingues (coord). *Enfermagem em Urologia* (pp.36-50). Lisboa: Lidel;
- Milsom, I., Altman, D., Cartwright, R., Lapitan, M.C., Nelson, R., Sillén, U. & Tikkinen, K. (2013). Epidemiology of urinary incontinence (ui) and other lower urinary tract symptoms (luts), pelvic organ prolapse (pop) and anal incontinence (ai). In P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury & A. Wein (coord.). *Incontinence: 5th International consultation on incontinence* (pp.15-107). Bristol: International Consultation on Urological Diseases;
- Newman, D.K. (2014). Pelvic floor muscle rehabilitation using biofeedback. *Urologic Nursing*, 34(4), 193-202;
- Newman, D., Buckley, D., Gordon, D., Griebeling, T., Petty, L. & Wang, K. (2013). Continence promotion, education & primary prevention. In P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury & A. Wein (coord.). *Incontinence – 5th International consultation on incontinence* (pp.1787-1825). Bristol: International Consultation on Urological Diseases;
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE® versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Loures: Lusodidacta;
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia orientador de boa prática: Reabilitação respiratória*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

- Patrão, R. & Nunes, P. (2012). Semiologia urológica, técnicas diagnosticas e material urológico. In M.M. Silva, A. Duarte, J. Galo & N. Domingues (coord.). *Enfermagem em urologia* (pp.36-50). Lisboa: Lidel;
- Pestana, H. (2017). Cuidados de enfermagem de reabilitação: Enquadramento. In C. Marques-Vieira & L. Sousa. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.47-56). Loures: Lusodidacta;
- Pires, M. (2000). Eliminação e continência vesical. In S.P. Hoeman (coord.), *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo* (pp.453-487). Loures: Lusociência;
- Potter, P. A. (2013). Nursing assessment. In P.A. Potter, A.G. Perry, P.A. Stockert & A.M. Hall (coord.), *Fundamentals of nursing*. (pp.206-221). St. Louis, Missouri: Elsevier;
- Redol, F. & Rocha, C. (2017). Avaliação da função eliminação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (coord.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.189-202). Loures: Lusodidacta;
- Riley, M.A. & Organist, L. (2014). Streamlining biofeedback for urge incontinence. *Urologic Nursing*. 34 (1), 193-202;
- Rocha, C. & Redol, F. (2017). Intervenção de enfermagem com a pessoa com alterações da eliminação vesical e instestinal. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (coord.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.271-279). Loures: Lusodidacta;
- Santos, C. (2012). Reeducação perineoesfincteriana. In M.M. Silva, A. Duarte, J. Galo & N. Domingues (coord.), *Enfermagem em Urologia* (pp.166-170). Lisboa: Lidel;
- Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2008). *Prevalência e tratamento da incontinência urinária na população portuguesa não institucionalizada*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
- Sousa, E. (2016). *Estudo da eficácia e qualidade de vida em doentes com incontinência urinária de esforço pós-prostatectomia submetidos à*

colocação de sling trans-obturador ajustável (ATOMS) (Trabalho Final de Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa;

Stevens, K. (2011). Eliminação e continência urinária. In S.P. Hoeman (coord.), *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp.351-385). Loures: Lusodidacta;

Taylor, S.G. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do défice de autocuidado de enfermagem. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (coord.) *Teóricas de enfermagem e sua obra* (5ª ed.), (pp.211-235). Loures: Lusociência;

Thompson, D. (2004). Geriatric incontinence: The long-term care challenge. *Urologic Nursing*, 24(4), 305-314;

Valença, M., Albuquerque, A., Rocha, G. & Aguiar, A. (2016). Cuidados de enfermagem na incontinência urinária: Um estudo de revisão integrativa. *Estima*, 14 (1), 43-49;

Velosa, F. (2012). *Com(o)Viver com alterações da eliminação vesical: Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação* (Relatório de Estágio para obtenção do grau de mestre e enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Opção II - Projeto de Estágio

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Recuperação da Pessoa com Incontinência Urinária

Tiago André de Sá Santos

Lisboa

Julho 2017



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Opção II – Projeto de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação na Recuperação da Pessoa com Incontinência Urinária**

Tiago André de Sá Santos

Orientador: Prof. Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa

Julho 2017



Lista de Siglas:

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVD – Atividades de Vida Diária

EC – Enino Clínico

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICIQ-SF – *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*

ICUD – *International Consultation on Urological Diseases*

IU – Incontinência Urinária

JBH – The Joanna Briggs Institute

LUTS – *Lower Urinary Tract Symptoms*

OE – Ordem dos Enfermeiros

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

Índice

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	74
1.1. Título.....	74
1.2. Palavras-chave	74
1.3. Data de Início	74
1.4. Duração.....	74
2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	74
3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA	74
3.1. Sumário.....	74
3.2. Enquadramento Conceptual do Tema	79
3.2.1. A Pessoa em Situação de Incontinência Urinária	79
3.2.2. Impacto na Pessoa, Família e Sociedade	83
3.2.3. A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação	87
3.2.4. Quadro de Referência.....	93
3.3. Objetivos Gerais e Objetivos Específicos.....	95
3.4. Fundamentação da escolha dos locais de estágio	96
3.5. Descrição das Tarefas e dos Resultados Esperados.....	96
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APÊNDICES	
Apêndice I – Planeamento de Atividades	
Apêndice II – Cronograma	
Apêndice III – Protocolo da Revisão <i>Scoping</i> e Diagrama de Selecção de Artigos	
Apêndice IV – Descrição dos Locais de EC	
ANEXOS	Erro! Marcador não definido.
Anexo I – História de Enfermagem para a Incontinência Urinária	
Anexo II – Diário Miccional	
Anexo III – Ensino ao Doente: Exercícios dos Músculos Pélvicos (Kegel).....	130

3. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

3.1. Título

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Recuperação da Pessoa com Incontinência Urinária.

3.2. Palavras-chave

Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Reabilitação, Incontinência Urinária.

3.3. Data de Início

25 de Setembro de 2017.

3.4. Duração.

Cinco meses.

4. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

No que se refere às instituições que estão envolvidas neste projeto de estágio, destaco a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, mas também as instituições onde irei realizar os estágios para implementar as atividades propostas, mais concretamente o Serviço de Urologia, o Serviço de Medicina e a Unidade de Cuidados na Comunidade.

5. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

5.1. Sumário

No âmbito da Unidade Curricular de Opção II, inserida no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi proposto a construção de um projeto de estágio, com o

objetivo de ser implementado nos Ensinos Clínicos (EC) que irão decorrer durante o 3º semestre.

A decisão sobre a temática a abordar foi tomada tendo em consideração motivações pessoais de interesse nesta área e motivações profissionais, com vista a aprimorar a minha prática diária. Por outro lado, reconheço que esta problemática determina alterações causadoras de um grande impacto na qualidade de vida da pessoa, facto que irei abordar no decorrer deste trabalho. Assim, o tema definido é: A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Recuperação da Pessoa com Incontinência Urinária.

Como forma de chegar a este tema, foi realizada uma primeira pesquisa exploratória e, posteriormente, foi realizada uma revisão *scoping* segundo o protocolo *The Joanna Briggs Institute* (JBI), como forma de conhecer o estado da arte.

O objetivo delineado para a revisão *scoping* foi examinar e mapear a abordagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), ao adulto com alterações da eliminação vesical, em todos os contextos de intervenção. Para tal, defini duas questões de investigação: como pode o EEER avaliar o adulto com alterações da eliminação vesical; e, quais as intervenções do EEER promotoras da recuperação da continência urinária. Foram definidas as palavras-chave, os termos indexados, os critérios de inclusão e de exclusão de artigos e foi realizada a pesquisa nas bases de dados MEDLINE e CINAHL. Da pesquisa resultaram 29 artigos e desses, após a sua análise com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão definidos, foram considerados um total de 8 artigos para extração de resultados. Em seguida apresentarei os resultados mais evidentes do estado da arte. O protocolo da revisão *scoping* e o diagrama de selecção de artigos podem ser consultados na íntegra no apêndice I.

No que respeita à avaliação do doente, 4 dos 8 artigos selecionados evidenciam os dados e métodos para os colher, necessários para realizar uma correta identificação das necessidades. Em todos é evidenciada a necessidade de recolher informação sobre a história atual, que deverá incidir sobre: o padrão miccional habitual; se tem ou não consciência da necessidade de urinar; características das micções; em que situações perde urina; qual a

quantidade; e, se utiliza ou não produtos de apoio direcionados para as perdas de urina. (Alverzo, Brigante, McNish, 2007; Herr-Wilbert, Imhof, Hund-Georgiadis, Wilbert, 2010; Bucci, 2007). Destes artigos, 3 acrescentam a utilização de instrumentos e exames auxiliares de diagnóstico, que contribuem para uma caracterização mais pormenorizada e completa da história atual. Assim, como instrumentos a utilizar, os autores salientam a realização de um diário miccional e a aplicação do questionário *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF), que avalia objetivamente a perceção do doente face às perdas de urina. Relativamente aos exames auxiliares de diagnóstico, os autores recomendam o recuso à ecografia vesical para avaliar o volume de urina presente na bexiga (na avaliação inicial) e o resíduo pós-miccional. (Herr-Wilbert, Imhof, Hund-Georgiadis, Wilbert, 2010; Thompson, 2004; Alverzo, Brigante, McNish, 2007).

Dos 4 artigos selecionados, por se referirem ao modo de avaliação do doente com incontinência urinária, salienta-se, particularmente, um que propõe um instrumento de avaliação que o enfermeiro de reabilitação pode utilizar como via de adequar os cuidados à pessoa. Neste sentido, Bucci (2007) nomeia este instrumento de CHAMMP (*Continence, History, Assessment, Medications, Mobility, Plan*). Este é um processo esquematizado que envolve 6 domínios: Continência (se o doente é ou não continente); História (situações que afetam direta e indiretamente o aparelho génito-urinário); Avaliação do doente (falar com doente/família e perceber como perde urina, quando perde, qual a quantidade e o que faz para prevenir ou acomodar estas perdas); Medicação (que possa provocar IU ou para a tratar); Mobilidade (consegue mobilizar-se sozinho e ser autónomo nas AVD? Consegue ser autónomo utilizando produtos de apoio? Quais as condições do meio onde vive/acessibilidades?); e por último a implementação de um plano de cuidados individualizado, de acordo com a avaliação realizada. De forma concordante, outro dos artigos selecionados foca também a importância da avaliação do ambiente onde o doente está inserido (Thompson, 2004). O mesmo autor é o único que recomenda a reavaliação dos doentes que entrem num plano de treino, um mês após o início do mesmo. (Thompson, 2004).

Importa salientar que os artigos encontrados e selecionados, dentro do espaço temporal de inclusão nesta revisão *scoping*, não demonstram que

tenham surgido novos métodos de avaliação do doente. Antes complementam-se entre si de forma maioritariamente concordante.

Relativamente às intervenções do EEER, da análise dos artigos selecionados realça-se a referência a inúmeras medidas que podem ser mobilizadas com o objetivo de gerir, melhorar e ultrapassar a vivência da IU. Como intervenções mais salientadas nestes artigos (referidos em 3 a 5 do total de artigos) destacam-se: a realização de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica ou exercícios de Kegel; treino de hábitos; treino vesical e gestão da ingestão de líquidos. As restantes intervenções menos mencionadas (referidas em 1 a 2 do total de artigos), são: *biofeedback* associado aos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica; micção imediata; supressão em urgência; modificação do vestuário; modificação ambiente; modificação alimentar; cateterização vesical intermitente; cateterização vesical permanente; uso de dispositivo urinário externo; esvaziamento pré-atividade física e inervação magnética extracorporal. Importa salientar que esta apresentação do tipo de intervenções descritas na literatura selecionada, não é significativa de determinadas intervenções serem mais ou menos eficazes do que as outras. Antes, revelam que devem ser implementadas em complementaridade, através de um plano de intervenção individualizado, dirigido às necessidades/problemas identificados. Por outro lado, admite-se que a maior ou menor expressão das intervenções na literatura considerada, pode ser influenciada pelos critérios de inclusão e exclusão definidos para a revisão *scoping*.

Concretamente no que se refere ao treino de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, 3 dos 8 artigos selecionados abordam esta temática mais detalhadamente. Todos estes autores concordam que é necessário o estabelecimento de um plano de treino supervisionado, para obter resultados mais eficazes, salientando que estes não são imediatos, variando entre 2 semanas até vários meses. (Terzoni, Montanary, Mora, Ricci, Destrebecq, 2013; Riley e Organist, 2014; Newman, 2014). Destes 3 artigos, apenas 1 detalha mais pormenorizadamente como este treino deve ser realizado, sugerindo a realização de pelo menos 2 sessões de treino supervisionado, cada uma com intervalo de 2 semanas de treino em casa e preenchimento de diários miccionais, sendo que os conteúdos são: na 1ª sessão, identificar os

músculos pélvicos e treinar a técnica correta para o exercício e, na 2ª sessão, ensino sobre estratégias de urgência (contrações rápidas). (Riley e Organist, 2014). Um dos artigos selecionados refere-se a estes exercícios como a 1ª linha de tratamento em mulheres com incontinência urinária de esforço, de urgência ou mista. (Newman, 2014). Em 2 dos 8 artigos selecionados, há evidência sobre a necessidade de iniciar o treino destes exercícios em homens submetidos a prostatectomia radical. (Terzoni, Montanary, Mora, Ricci, Destrebecq, 2013; Newman, 2014). Três dos 8 artigos selecionados abordam especificamente as intervenções junto de doentes após AVC, no entanto verifica-se a presença de discordância relativamente à realização de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica nesta população específica, sendo que, em 2 dos artigos, não é dada como recomendação a sua realização (Jordan, Mackey, Coughlan, Wyer, Allnutt, Middleton, 2010; Herr-Wilbert, Imhof, Hund-Georgiadis, Wilbert, 2010).

Dos artigos selecionados identificam-se vários os tipos de IU, nomeadamente: IU de esforço/*stress*; IU de urgência; e, IU de refluxo/por excesso, como as mais evidenciadas, mas também outros tipos referidos com menor frequência, IU mista; IU funcional; IU por disfunção vesico-esfincteriana neurogénica; e IU total/incontrolável.

Cinco dos 8 artigos selecionados abordam a intervenção do EEER perante os doentes com IU de urgência, sugerindo o treino de exercícios de Kegel acompanhado ou não de técnicas de *biofeedback*, o treino de hábitos e o recurso a estratégias de contração rápida dos músculos pélvicos, imediatamente antes da ocorrência de um evento que provoque perda de urina. (Newman, 2014; Bucci, 2007, Alverzo, Brigante e McNish, 2007). Adicionalmente, Thompson (2004) sugere a modificação do vestuário, bem como Alverzo, Brigante e McNish (2007) acrescentam a implementação de um plano de ingestão de líquidos e a promoção do esvaziamento vesical previamente à realização da atividade física.

Dos 2 artigos encontrados que abordam a intervenção nas situações de IU de esforço salienta-se que ambos recomendam a introdução do treino de exercícios de Kegel, acompanhado de outras intervenções, verificando-se aqui a divergência de opiniões, considerando Newman (2014) que estes exercícios deverão ser acompanhados de *biofeedback* e do recurso a estratégias de

contração rápida dos músculos pélvicos, imediatamente antes da ocorrência de um evento que provoque perda de urina. Por seu lado, Bucci (2007) acrescenta como intervenções concomitantes, a modificação de comportamentos e o recuso a terapêutica medicamentosa.

Como quadro de referência teórico para a construção deste projeto, opto pela teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Órem.

5.2. Enquadramento Conceptual do Tema

5.2.1. A Pessoa em Situação de Incontinência Urinária

De modo a iniciar a reflexão acerca das alterações da eliminação vesical, mais concretamente, da IU, sinto a necessidade de analisar a fisiologia da micção. Assim, a bexiga é um reservatório constituído por uma parede muscular – detrusor, que é enervado pelas fibras do sistema nervoso parassimpático – encontrando-se, na sua extremidade, o colo vesical, estrutura que faz parte da uretra posterior. Aqui situa-se, proximalmente, o esfíncter interno da uretra (enervado pelas fibras do sistema nervoso simpático) e, distalmente, o esfíncter externo da uretra, que é controlado de forma voluntária permitindo evitar a micção involuntária, a par dos músculos do pavimento pélvico (Mendonça, 2012; Redol, Rocha, 2017).

A micção voluntária ocorre por um arco reflexo completo. Quando a bexiga atinge a sua capacidade, são enviados impulsos sensoriais até à medula sagrada. A protuberância, que está sob controlo voluntário do córtex frontal, dá então indicação para ocorrer contração do detrusor, provocando o relaxamento do esfíncter uretral. A inibição ativa do arco reflexo é responsável pela continência. Para tal são enviadas mensagens inibitórias do córtex frontal para o centro sagrado da micção que vão inibir a contração do detrusor e o relaxamento do esfíncter.

A micção engloba assim duas fases, a fase de enchimento e armazenamento e a fase de esvaziamento, contribuindo para tal a relação entre a pressão intra-uretral (superior durante a fase de enchimento) e a pressão intra-vesical (superior durante a fase de esvaziamento) (Pires, 2000; Mendonça, 2012; Redol, Rocha, 2017).

Importa salientar que as alterações relacionadas com a eliminação vesical são, do ponto de vista formal e prático, classificadas como LUTS (*Lower*

Urinary Tract Symptoms, ou Sintomas do Trato Urinário Inferior). Esta classificação, segundo Abram et al. (2003; 2010) divide-se em sintomas de armazenamento, de esvaziamento e pós-miccionais. Os sintomas de armazenamento englobam polaquiúria, noctúria, urgência miccional e IU. Os sintomas de esvaziamento consistem em: jacto fraco; jacto urinário “em spray”/disperso; intermitência do jacto; hesitação miccional; esforço abdominal para urinar; gotejamento terminal. Quanto aos sintomas pós-miccionais, estes dividem-se em: sensação de esvaziamento vesical incompleto e gotejamento pós-miccional (Abram et al., 2003). Verifica-se então que a IU constitui um dos sintomas de armazenamento. Assim, do ponto de vista conceptual, quando estamos na presença de uma pessoa com IU, estamos, mais concretamente, na presença de uma pessoa com LUTS.

Neste sentido, para efeitos da construção da fundamentação teórica do presente projeto de estágio, de todas as alterações relacionadas com os processos de eliminação vesical, irei considerar como problemática de estudo a IU.

A IU não é um diagnóstico, mas sim um sintoma. Quando se fala em IU, fala-se pois, na ocorrência de perda de urina. É definida, quer na literatura nacional quer internacionalmente, como qualquer perda de urina que ocorra de forma involuntária/não controlada (Abram et al., 2010; DGS, 2017; European Association of Urology, 2014, 2017), com intensidade variável “(...) desde fugas ligeiras e ocasionais, a perdas mais graves e regulares”. (DGS, 2017, p. 2). A versão 2015 da CIPE acrescenta a esta definição a “incapacidade de controlo voluntário dos esfíncteres vesical e uretral.” (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p.63). No entanto, atualmente na prática clínica, admite-se uma das definições do *International Continence Society* (ICS) que define que a IU consiste em qualquer perda involuntária de urina que ocorra e que seja objetivamente demonstrável e percebida/considerada como um problema social ou higiénico (Abram et al., 2010; Patrão, Nunes, 2012).

Ao abordar esta problemática, é fundamental referir que a IU pode ocorrer sob variadas formas. À luz da literatura consultada, torna-se evidente que são várias as classificações utilizadas para descrever os tipos de IU, considerando fatores como a sua etiologia, fisiopatologia ou sintomas evidenciados, sendo os

tipos mais frequentemente salientados, a IU de esforço ou de *stress*, a IU de urgência e a IU mista.

Numa visão mais ampla, vários trabalhos fazem a distinção da IU em transitória e instalada (Pires, 2000; Velosa, 2012). Admite-se que a IU transitória consiste numa situação aguda de início súbito que, por estar associada a uma situação médica ou cirúrgica, é resolvida quando se trata diretamente a causa. Em oposição, a IU instalada pode ter um início súbito (por doença aguda) ou um início gradual, quando não se identifica um fator precipitante. (Pires, 2000).

Afunilando a evidência existente na área da IU instalada, verifica-se que a sua ocorrência é classificada segundo as alterações que lhe dão origem, nomeadamente em problemas de armazenamento da urina (ocorrendo IU urgência quando há disfunção vesical e IU de esforço, IU mista, IU funcional, quando há disfunção esfíncteriana), em problemas de esvaziamento vesical (IU por refluxo) e problemas relacionados com o armazenamento e com o esvaziamento concomitantemente (ocorrendo bexiga neurogénica quando há disfunção vesico-esfíncteriana neurogénica) (Velosa, 2012).

A IU de urgência, também designada de incontinência por imperiosidade define as situações em que ocorre perda involuntária de urina, de forma repentina, mas que é imediatamente precedida de uma vontade miccional que é forte e surge subitamente (Bucci, 2007; Abrams et al., 2010; Fraga, 2010; Patrão, Nunes, 2012). Pires (2000) acrescenta que as pessoas com IU de urgência frequentemente afirmam que não conseguem chegar a uma casa de banho atempadamente. Este tipo de IU surge como resultado da hiperatividade do detrusor (Patrão, Nunes, 2012; Redol, Rocha, 2017).

A IU de esforço, também designada de IU de *stress*, ocorre quando se verifica um aumento súbito da pressão intra-abdominal associada à realização de esforços, não se verificando, no entanto contração do detrusor. Ocorre frequentemente associada a tosse, aos espirros, ao rir, ao saltar, ao levantar pesos, etc. (Bucci, 2007; Abrams et al., 2010; Fraga, 2010; Patrão, Nunes, 2012; International Continence Society, 2015). Este tipo de incontinência é muito frequente na mulher, associado à falta de suporte pélvico e uretral, verificando-se também no homem, principalmente como consequência da cirurgia prostática radical. (Fraga, 2010; Patrão, Nunes, 2012; ICS, 2015).

A IU é classificada como mista, nos casos em que estão presentes quer características da IU de esforço, quer características da IU de urgência, ocorrendo a perda de urina por aumento da pressão intra-abdominal associada a uma atividade aumentada do detrusor. (Abrams et al., 2010; Patrão, Nunes, 2012; Redol, Rocha, 2017).

A IU funcional é definida como a perda de urina que ocorre quando a pessoa não consegue chegar atempadamente à casa de banho ou a dispositivos urinários como o urinol, devido a fatores externos como barreiras ambientais ou a fatores internos relacionados com a sua motivação ou funcionalidade. (Bucci, 2007).

A IU por refluxo ocorre nas situações em que há uma grande distensão vesical (retenção urinária), habitualmente crónica, sem se verificar atividade do detrusor. Caracteriza-se pela perda de urina através de gotejamento contínuo em pequena quantidade, que vai ocorrendo à medida que a bexiga enche. Frequentemente os doentes apresentam queixas de esvaziamento vesical incompleto (Bucci, 2007; Pires, 2000; Patrão, Nunes, 2012).

A IU total ou contínua consiste na perda involuntária de urina que ocorre de forma permanente/contínua (Abrams, 2003; Bucci, 2007).

A bexiga neurogénica surge quando há disfunção vesico-esfincteriana, em resultado de lesões neurológicas (por doença ou traumatismo), podendo ter início súbito ou progressivo. Alguma bibliografia mais antiga classifica estas alterações em cinco tipos diferentes. No entanto, artigos científicos e manuais mais recentes remetem-nos principalmente para dois tipos, a bexiga neurogénica reflexa e a bexiga neurogénica autónoma. As situações de bexiga neurogénica reflexa estão relacionadas com lesões do 1º neurónio motor (acima do centro sagrado), em que o reflexo da micção permanece intacto. A micção pode ocorrer involuntariamente em virtude das alterações da condução dos impulsos sensoriais e, frequentemente é incompleta, provocando aumento da pressão intra-vesical e consequente refluxo de urina. Não há sensação de bexiga cheia. As situações de bexiga neurogénica autónoma envolvem o 2º neurónio motor, verificando-se comprometimento do arco reflexo da micção, do controlo motor e ausência de sensibilidade. Acumula-se um volume elevado de urina residual, desencadeando-se micção involuntária quando é excedida a

capacidade da bexiga. (Pires, 2000; Mendonça, 2012; ICS, 2015; Redol, Rocha, 2017).

5.2.2. Impacto na Pessoa, Família e Sociedade

A IU é um problema de saúde com um impacto significativo nas populações. Do ponto de vista internacional, o *International Consultation on Urological Diseases* (ICUD) evidencia que, a nível mundial, os dados estatísticos relativos à prevalência da IU no sexo feminino são muito díspares, admitindo, no entanto, que cerca de 10% do total de mulheres em idade adulta referem IU pelo menos semanalmente. Esta prevalência eleva-se consideravelmente para valores entre os 25% e os 45% do total de mulheres em idade adulta, quando é considerada a ocorrência de perda involuntária de urina ocasionalmente. Relativamente à população do sexo masculino, o ICUD realça que, no geral, a grande maioria dos estudos evidenciam uma menor prevalência da IU quando comparado com a população do sexo feminino. Uma vez mais os dados existentes são díspares sendo evidenciada uma prevalência de IU, no homem, variante entre os 4.81% e os 32.17%, sendo importante salientar que estes dados não contemplam os homens institucionalizados (Milsom et al., 2013).

No panorama nacional, de acordo com os dados constantes no Inquérito Nacional de Saúde relativo ao ano de 2014, verifica-se que em Portugal, relativamente ao total da população residente a partir dos 15 anos de idade (inclusive), a taxa de incidência total de IU foi de cerca de 7,3%, sendo mais incidente na população do sexo feminino (9.6% do total das mulheres residentes), comparativamente com o sexo masculino (4.8% do total dos homens residentes), e a partir dos 65 anos (tendencialmente aumentando a incidência, com o aumento da idade. (INE, 2016).

Se olharmos para os dados de incidência da IU do ponto de vista dos seus diferentes tipos verifica-se, num estudo realizado pela Universidade do Porto, que a incontinência urinária de esforço e mista são mais incidentes na população do sexo feminino e a IU de imperiosidade/de urgência é mais incidente na população do sexo masculino. Este mesmo estudo revela também uma discrepância considerável entre a prevalência de IU autodeclarada e a prevalência de IU diagnosticada por um médico (15% no sexo feminino e 5% no sexo masculino), na população estudada, dados estes que os

investigadores consideram serem reveladores, por um lado da pouca importância que a população poderá atribuir a este problema, considerando-o como uma alteração dita “normal” do envelhecimento e, por outro lado, reveladores dos sentimentos de vergonha e embaraço que este problema acarreta, levando a população a não procurar ajuda (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008).

Relativamente aos fatores que, estatisticamente, a literatura aponta como de maior risco para a ocorrência da IU são, na mulher, a idade, a paridade, o tipo de parto e a obesidade e, no homem, a idade, as complicações pós-cirúrgicas, as disfunções neurogénicas e os traumatismos (Mendonça, 2012; Milsom et al., 2013)

De acordo com o aprofundamento do conhecimento sobre a fisiologia da micção e os tipos de IU, realizado anteriormente, é possível inferir que quando esta problemática está presente, ocorrem, inevitavelmente, alterações no estilo de vida e nos hábitos da pessoa e dos seus relativos podendo, inclusivamente, dar origem à necessidade de modificar/ajustar comportamentos. O impacto da IU assume uma maior importância, no domínio dos cuidados de saúde, quando observamos que a sua incidência é relativamente elevada e mais ainda, pelo facto de vários autores afirmarem que esta incidência, aparentemente, fica aquém da realidade devido ao facto de que um grande número de pessoas sofrerem com esta condição mas não procurarem ajuda. Fraga (2010) suporta esta afirmação referindo que a IU não só está presente com elevada frequência, como também altera a qualidade de vida das pessoas, não devendo por isso ser ignorada pelos profissionais de saúde.

A IU pode assim causar impacto em vários domínios, como ao nível da própria pessoa que sofre de incontinência, ao nível da família/cuidador e ao nível da sociedade (social e económico).

Explorando a literatura acerca do impacto que a IU provoca ao nível pessoal (da própria pessoa), é possível verificar que as alterações mais evidenciadas na literatura dizem respeito à esfera psicológica/emocional. A este respeito, a vivência da IU acarreta fortes sentimentos de vergonha e embaraço, podendo estes sentimentos ser acompanhados igualmente da diminuição da autoestima e, em situações mais graves, pelo desenvolvimento de quadros depressivos (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da

Universidade do Porto, 2008; Stevens, 2011; Santos, 2012). A experiência destes sentimentos é identificada como uma das grandes causas para o facto de, um número considerável de pessoas que sofrem de IU (cerca de 1 em cada 3 pessoas), frequentemente não procurarem ajuda junto dos profissionais de saúde (Sousa, 2016; Valença, Albuquerque, Rocha, 2016). Porém, são identificados, adicionalmente, outras causas que motivam a não procura de apoio especializado. Por um lado, a temática da IU é, ainda, alvo de grande estigma no adulto pois, é socialmente espectável que este seja capaz de controlar eficazmente o processo de eliminação vesical e, por outro lado, mantém-se a ideia de que a perda involuntária de urina é uma situação normal, quando relacionada com o envelhecimento, e que é incurável, tendo a pessoa de aprender a viver com esta condição. (Pires, 2000; Santos, 2012; Valença, Albuquerque, Rocha, 2016). Realça-se então que o número real de pessoas que sofrem de IU é, provavelmente, bastante mais elevado relativamente ao que os dados estatísticos atuais revelam (Sousa, 2016) e que, o EEER deve estar atento a esta problemática, quer junto de quem procura ajuda especializada, quer identificando potenciais situações de risco e realizando educação para a saúde com o intuito de sensibilizar a população.

Também relativamente ao impacto que a IU tem para a própria pessoa, salienta-se a possibilidade de ocorrência de alterações na autonomia e independência, com conseqüente necessidade de readaptação da pessoa e modificação de comportamentos com vista a manter o seu autocuidado. (Carvalho, 2011; Stevens, 2011). Pode determinar ainda alterações ao nível: da integridade cutânea; do bem-estar físico; das atividades de ocupação e recreação; do sono e repouso; da atividade profissional; da sexualidade e ao nível doméstico. Verifica-se similarmente a existência de evidência relacionando a incidência da IU com o aumento do risco de fraturas. (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008; Herr-Wilbert, Imhof, Hund-Georgiadis, Wilbert, 2010; Carvalho, 2011; Valença, Albuquerque e Rocha, 2016).

Torna-se, assim, fundamental salientar que todas estas alterações abordadas, desde a vertente mais emocional, até à vertente mais prática da satisfação das necessidades básicas, contribuem fortemente para que a pessoa com IU esteja em maior risco de isolamento, não apenas relativamente

aos seus familiares e amigos, como também ao nível da sua participação na sociedade em que está inserida (Carvalho, 2011; Stevens, 2011; Santos, 2012).

Contudo, Sousa (2016) acaba por reforçar que se tem vindo a verificar um aumento da procura de ajuda especializada relacionando-a, principalmente, com a procura de melhor qualidade de vida por parte da pessoa.

No que diz respeito ao impacto da IU ao nível da família/cuidador, Carvalho (2011) refere que as possíveis limitações que a IU pode implicar no quotidiano da pessoa influenciam, inevitavelmente, a relação conjugal e familiar, sendo necessário a ocorrência de uma reorganização de funções e hábitos, no seio familiar, que permitam dar resposta às novas necessidades da pessoa. Neste domínio, o cônjuge e/ou o cuidador informal tende a ser o mais afetado relativamente aos restantes familiares, já que é evidenciado que sofrem com o medo do desconhecido, nomeadamente sobre como a situação poderá evoluir, mas também com outras questões como: as alterações ao nível do sono e repouso (provocadas pela incidência da IU no período noturno) com consequente aumento do cansaço; o aumento da sobrecarga psicológica; o possível aumento das responsabilidades; e as alterações relacionadas com a dimensão da sexualidade. Todas estas alterações, numa outra análise, acabam por se tornar fatores determinantes para o isolamento/restrrição, do doente/cônjuge/familiares/cuidador, no que respeita à sua participação social (Bicalho, Lopes, 2012).

Relativamente ao impacto da IU ao nível da sociedade, verifica-se, globalmente no domínio económico, um avultado custo anual relacionado com a aplicação de métodos de diagnóstico, com a prestação de cuidados de saúde associados a esta problemática e com o próprio tratamento (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008). Mais concretamente, Pires (2000) realça que, nos Estados Unidos da América, estima-se um custo anual de 14 mil milhões de dólares e de 5 mil milhões de dólares, respetivamente ao nível da comunidade e em lares, relativos à prestação de cuidados de saúde a pessoas com IU. Por outro lado, o grande volume de pessoas com IU institucionalizadas ou hospitalizadas, faz emergir as barreiras ambientais existentes nas instituições, como por exemplo: a existência de casas de banho partilhadas e não adaptadas; a necessidade de

chamar algum profissional da instituição para ajudar nos processos de eliminação; a falta de privacidade e até o próprio trajeto para chegar à casa de banho (Thompson, 2004; Giling, 2005). Evidencia-se assim, não apenas o impacto económico que a IU acarreta, como também o impacto social, uma vez as instituições devem ser adaptadas, devem dispor de recursos que permitam responder às necessidades de autocuidado das pessoas com IU e os seus profissionais devem estar sensibilizados para esta problemática.

5.2.3. A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

Tomando em consideração a reflexão realizada anteriormente acerca do impacto que a IU pode ter, a vários níveis, torna-se evidente que, quando está presente, a pessoa pode experimentar alterações dos seus hábitos que condicionem a sua qualidade de vida, incluindo a sua capacidade para se auto cuidar. Do ponto de vista conceptual, o EEER atua junto de pessoas com necessidades especiais, com o objetivo de maximizar o seu potencial. Mais concretamente, a Ordem dos Enfermeiros (OE) preconiza que as suas intervenções assegurem “(...) melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (...)” (OE, 2010b, p. 1), apresentando os processos de eliminação como sendo do domínio da intervenção da enfermagem de reabilitação. Vários autores reforçam esta perspetiva, ao afirmarem que a prestação de cuidados de enfermagem especializados a pessoas com incontinência urinária é uma prioridade para o enfermeiro de reabilitação (Pires, 2000; Rocha, Redol, 2017). Esta prioridade reside principalmente, no facto de serem os enfermeiros de reabilitação que, em muitos casos, percebem, no decorrer da prestação de cuidados, que o doente sofre de IU (Steven, 2011; Newman, Buckley, Gordon, Griebeling, Petty, Wang, 2013).

A promoção da continência urinária contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com IU e dos seus relativos, sendo que o EEER, pelas suas competências científicas e técnicas, ao detetar esta problemática deve iniciar de imediato o processo de avaliação do doente e implementar, juntamente com a sua colaboração, um plano de intervenções necessárias (Stevens, 2011).

Neste sentido, será analisado adiante como pode o EEER avaliar o doente e quais as intervenções que deverá implementar.

A avaliação das necessidades do doente é a base fundamental para a construção de um plano de intervenção e, como tal, encontra-se enquadrada nas competências específicas do EEER (OE, 2010b). Deste modo, o EEER deverá ter em linha de conta vários aspetos que contribuem para uma avaliação mais completa do doente. Deverá ser recolhida informação acerca dos antecedentes pessoais e familiares do doente, sobre a medicação atual e sobre a sua história atual. Neste domínio da história atual, é de extrema importância caracterizar detalhadamente as alterações referidas pelo doente/família/cuidador, uma vez que estes dados poderão, por um lado, auxiliar na definição do tipo de incontinência que o doente apresenta e, por outro lado, serão a chave para a construção de um plano de intervenção (Thompson, 2004; Mendonça, 2012; Redol, Rocha, 2017). A este respeito, o EEER deverá recolher informação sobre: o início das perdas de urina; a duração; a frequência; em que período ocorre (diurno e/ou noturno); quais os fatores precipitantes (aquando da realização de esforços ou associada a imperiosidade); se há sensação de plenitude vesical antes ou após urinar e, se consegue adiar a micção após sentir vontade de urinar (Alverzo, Brigante, McNish, 2007; Redol, Rocha, 2017). Importa também realizar o despiste de outros sintomas, como disúria e hematúria, questionar como é que a pessoa gere a perda de urina, assim como se já frequentou algum programa de treino (Bucci, 2007; Redol, Rocha, 2017), e analisar qual a quantidade de urina perdida, objetivamente, através da contabilização e pesagem (*pad test*) dos produtos de apoio utilizados (pensos, fraldas), e subjetivamente, através do questionamento da pessoa acerca da perceção que esta tem das suas perdas de urina e do impacto que esta problemática provoca na sua qualidade de vida, podendo ser mobilizada como ferramenta para esta avaliação, o questionário ICIQ-SF (Herr-Wilbert, Imhof, Hund-Georgiadis, Wilbert, 2010; Mendonça, 2012). Consultar, no anexo I, um modelo de avaliação do doente.

Para além de recolher a informação anteriormente explicitada, o EEER deverá realizar um exame objetivo à pessoa, que compreende: um exame neurológico breve, com a avaliação de possíveis limitações cognitivas, da marcha, do tónus do esfíncter anal, do reflexo bulbocavernoso e da

sensibilidade do períneo e dos genitais; e um exame físico, através da observação e palpação do abdómen e região pélvica (Thompson, 2004; Mendonça, 2012; Redol, Rocha, 2017). Na mulher, o exame objetivo poderá também contemplar a avaliação da perda de urina durante a realização de manobras provocatórias, como tossir ou manobra de Valsalva, na posição de litotomia e a avaliação do aspeto da mucosa vaginal e da existência de prolapso dos órgãos pélvicos (Mendonça, 2012).

O EEER pode recorrer a instrumentos de avaliação específicos para a IU, como recurso para complementar a sua avaliação, nomeadamente: ao diário miccional (anexo II); à ecografia para avaliação do volume de urina presente na bexiga e do resíduo pós miccional; e a outros já enunciados anteriormente (*pad test* e questionário ICIQ-SF) (Thompson, 2004; Alverzo, Brigante, McNish, 2007; Herr-Wilbert, Imhof, Hund-Georgiadis, Wilbert, 2010; Mendonça, 2012). Bucci (2007) propõe o uso de uma ferramenta de avaliação do doente com IU que, apesar de não ser específico para o EEER, pode ser integrado como orientador da sua avaliação já que contempla a abordagem a uma série de domínios indispensáveis à prática da enfermagem de reabilitação. Este instrumento designado de CHAMMP envolve: avaliar se o doente é ou não Continente; conhecer a sua História atual de saúde; realizar a Avaliação do doente caracterizando os aspetos em torno da perda involuntária de urina; averiguar a Medicação do doente; avaliar a sua Mobilidade (se é autónomo na satisfação das suas AVD; se utiliza produtos de apoio e quais as condições/acessibilidades do meio onde vive; e, por último, a construção do Plano de cuidados.

Um último aspeto que merece atenção por parte do EEER é a avaliação da sexualidade do doente, uma vez que a da IU pode provocar alterações ao nível da vivência da sexualidade (Redol, Rocha, 2017).

Após a realização da colheita de dados, anteriormente mencionada, cabe ao EEER delinear um plano de intervenção que contemple as estratégias específicas que irá implementar. Na atualidade, o EEER tem ao seu dispor inúmeras medidas de intervenção, considerando-se que “A primeira escolha deve incidir sobre o procedimento menos invasivo e mais seguro, mediante a incapacidade da pessoa, relação custo/eficácia, complexidade técnica e complicações.” (Rocha, Redol, 2017, p. 271).

Assim, de um modo geral, na IU destacam-se três tipos de intervenções: as técnicas comportamentais; as técnicas farmacológicas; e as técnicas cirúrgicas. As técnicas comportamentais correspondem às intervenções que o EEER deverá mobilizar, nos seus planos de intervenção uma vez que são consideradas pelos autores como intervenções autónomas do EEER. Estas têm como objetivo diminuir o número e a intensidade da ocorrência de episódios de incontinência e não condicionam a realização de outros tratamentos futuros (Pires, 2000; Rocha, Redol, 2017). Neste domínio importa também salientar que estas técnicas não têm tradução, de um modo geral, em resultados imediatos, pelo que cabe ao EEER estabelecer, em parceria com o doente, objetivos realistas e atingíveis de forma gradual (Thompson, 2004). De seguida, irei explorar as várias técnicas comportamentais a serem consideradas pelo EEER.

A intervenção que mais é abordada, ao nível da literatura nesta área, corresponde aos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica (ou exercícios de Kegel). A sua realização provoca contrações do músculo coccígeo, o que contribui para melhorar a resistência da uretra promovendo, por um lado o seu encerramento e, por outro lado, o fortalecimento da musculatura peri-uretral voluntária e pélvica (Santos, 2012; Rocha, Redol, 2017). Na implementação destes exercícios o EEER deverá ter em consideração vários aspetos, mais concretamente: que a pessoa saiba localizar e identificar corretamente os músculos a exercitar; que aprende como os deverá exercitar; e, que os exercite regularmente (Pires, 2000; Santos, 2012). Santos (2012, p. 167) afirma que estes exercícios “(...) consistem essencialmente na contração dos músculos perineais, perivaginais e do esfíncter anal, como quando se tenta controlar a micção, mas sem contrair os abdominais, os glúteos ou os músculos da face interna da coxa.”. Relativamente ao plano de exercícios a implementar, Newman (2014) afirma que este deve ser o mais intensivo possível. Admite-se, na literatura, como treino inicial, a contração destes músculos durante 10 segundos seguida de relaxamento dos mesmos também durante igual período de tempo, repetindo estes passos durante um período máximo de 10 minutos, 3 vezes ao dia (Pires, 2000; Santos, 2012). Deverá ainda ser realizado o ensino à pessoa sobre: a necessidade de esvaziar a bexiga antes de iniciar o treino; a possibilidade de

realizar estes exercícios em qualquer posição; e, o surgimento de resultados ser, de um modo geral, apenas verificado após 4 a 6 semanas da sua implementação (Pires, 2000; Santos, 2012; Newman, 2014). Consultar, no anexo III, um resumo do ensino ao doente.

Concomitantemente à realização dos exercícios de Kegel, podem ser implementadas outras estratégias que reforçam este treino, nomeadamente, a utilização de cones vaginais, a estimulação elétrica e o *biofeedback*. A utilização dos cones vaginais, um adjuvante dos exercícios de Kegel, tem por objetivo colocar este dispositivo na vagina durante cerca de 15 minutos e permanecer de pé contraindo os músculos pélvicos de modo a retê-lo (Pires, 2000). O recurso ao *biofeedback* permite que o doente identifique os músculos pélvicos e que controle, objetivamente, a evolução do seu tratamento, podendo ser realizado no domicílio. Consiste na colocação de elétrodos de superfície e sensores intravaginais ou intraretais, que emitem informação visual ou sonora quando é realizada uma contração eficaz dos músculos pélvicos (Pires, 2000; Santos, 2012). Relativamente à estimulação elétrica (ou electroestimulação), consiste na aplicação de dispositivos cutâneos, endoanais e endovaginais que vão estimular os ramos do nervo pudendo e do nervo pélvico através de um estímulo elétrico de baixa intensidade. Estes estímulos vão provocar a contração, por reflexo, dos músculos pélvicos e, adicionalmente, a inibição da hiperatividade do detrusor (Santos, 2012; Rocha, Redol, 2017).

O treino vesical é outra das estratégias que o EEER pode implementar. Consiste em estimular a utilização da distração e de técnicas de relaxamento, que permitam inibir, de forma consciente, a vontade de urinar após o desejo miccional e, conseqüentemente, adiar o ato da micção (Santos, 2012; Rocha, Redol, 2017).

Outra das intervenções amplamente mencionada na literatura é o treino de hábitos (ou micção temporizada). Esta estratégia consiste no estabelecimento de um horário para desencadear a micção voluntariamente, antes de ocorrer o enchimento total da bexiga com conseqüente sensação de plenitude. Inicialmente e mediante a avaliação da situação, deve ser implementado um intervalo entre as micções de 2 a 3 horas, sendo este aumentado de forma progressiva, se possível. É uma estratégia que, em casos de dependência/limitação, depende em grande parte do cuidador (Santos, 2012;

Rocha, Redol, 2017), acrescentando Thompson (2004) que em pessoas institucionalizadas é de muito difícil implementação, maioritariamente por falta de *staff*.

A micção imediata é uma intervenção habitualmente mais utilizada em pessoas com alterações cognitivas ou institucionalizadas. Consiste em responsabilizar a pessoa pelas idas à casa de banho e pelos episódios de incontinência, implementando-se através do questionamento regular se a pessoa tem a roupa seca ou húmida, sugerindo a ida imediata à casa de banho. Recorre-se ao reforço positivo para incentivar a pessoa, sempre que esta urina na casa de banho e não apresenta episódios de IU (Santos, 2012; Rocha, Redol, 2017).

O EEER pode também implementar estratégias ao nível da alimentação e da hidratação. No que diz respeito à alimentação, o ER deverá realizar ensino ao doente sobre a importância de uma ingestão adequada de fibras (para promover a motilidade intestinal) e sobre o evitamento de substâncias que estimulam a contractilidade vesical, como a cafeína (Thompson, 2004; Mendonça, 2012). Relativamente à ingestão de líquidos, o EEER pode, em parceria com o doente, adequar e adaptar a ingestão de líquidos às suas rotinas diárias (Mendonça, 2012; Riley, Organist, 2014), especificando Rocha e Redol (2017, p. 271) uma “(...) redução da ingestão hídrica de 20 a 30% a partir das 18 horas (...)”.

Uma última intervenção que o EEER tem à sua disposição é a auto algaliação ou cateterização vesical intermitente, uma estratégia “(...) amplamente utilizada pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (...) em pessoas com bexiga neurogénica.” (Velosa, 2012, p. 25), mas também em pessoas com IU por refluxo (Alverzo, Brigante, McNish, 2007; Bucci, 2007).

Esta técnica deverá ser realizada pela própria pessoa ou por um cuidador, sendo que o EEER deverá realizar o ensino sobre o procedimento, os cuidados inerentes ao mesmo e, em parceria com o doente, estabelecer a frequência de realização desta técnica, considerando que “A frequência média de cateterização vesical varia entre quatro a seis vezes diárias (...)” (Rocha, Redol, 2017, p. 272). É necessário ter em consideração que o volume de urina na bexiga não deverá ser superior a 500ml (Rocha, Redol, 2017).

No que se refere à seleção das intervenções a implementar pelo EEER, esta deve ter por base o tipo de IU apresentada pela pessoa. Neste sentido, nos casos de IU de urgência, as intervenções deverão passar por: realização de exercícios de Kegel; treino vesical; treino de hábitos; adequação da alimentação e ingestão hídrica; e, a modificação do vestuário (Thompson, 2004; Bucci, 2007; Mendonça, 2012; Riley, Organist, 2014). Na IU de esforço, o plano de intervenção deve considerar a realização de exercícios de Kegel e treino de hábitos (Bucci, 2007; Mendonça, 2012). Na IU funcional a intervenção do EEER passa pela implementação de técnicas de: micção imediata; treino de hábitos; treino vesical; e, modificações no ambiente em que a pessoa está inserida (Bucci, 2007). Relativamente à IU por refluxo, a intervenção passa por auto-algaliação intermitente (Alverzo, Brigante, McNish, Bucci, 2007). Nos casos de IU total, a intervenção poderá passar por manter uma cateterização vesical permanente ou pelo uso do dispositivo urinário (Alverzo, Brigante, McNish, Bucci, 2007). Por último, ao nível das alterações neurogénicas da bexiga as intervenções a considerar passam por: treino de hábitos; treino vesical; e, se necessário, cateterização vesical intermitente (Herr-Wilbert, Imhof, Hund-Georgiadis, Wilbert, 2010).

5.2.4. Quadro de Referência

Como quadro de referência para a edificação deste projeto de estágio, optei por mobilizar a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, de Dorothea Órem.

Órem define esta sua teoria como resultado da interligação de 3 outras teorias: a teoria dos sistemas em enfermagem, que define a enfermagem como uma ação humana, na medida em que pressupõe o estabelecimento de relações com o(s) outro(s); a teoria do autocuidado, que evidencia as razões que levam ao autocuidado; e a teoria do défice de autocuidado, que focaliza as limitações da ação e a consequente necessidade de ajuda. (Taylor, 2004).

Para Órem, o autocuidado consiste numa função humana que o indivíduo deverá desempenhar por si próprio com vista à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar. Considera a pessoa como agente da ação na medida em que o autocuidado implica que a pessoa tenha a intenção de

fazer e, portanto, que tome parte da decisão de agir. (Berbiglia e Banfield, 2014).

Na sua teoria, Órem reconhece a existência de 6 requisitos universais do autocuidado, que constituem ações que devem ser praticadas por serem fundamentais ao funcionamento e desenvolvimento humano. Destes 6 requisitos, destacam-se 2 que se assumem fundamentais, na medida em que se relacionam com todo o constructo teórico que realizei anteriormente sobre a temática em estudo, nomeadamente a necessidade de manter os processos de eliminação (segundo requisito) e a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano nos grupos sociais em que a pessoa está inserida (sexto requisito). Segundo Órem, quando os requisitos universais do autocuidado estão comprometidos, estamos perante uma situação de défice de autocuidado (Taylor, 2004). Nesta perspetiva, torna-se fundamental a intervenção do EEER junto das pessoas com défice de autocuidado.

Atendendo à teoria dos sistemas de enfermagem, para intervir na promoção do autocuidado, o EEER, após avaliar global e funcionalmente o doente, poderá optar por três sistemas básicos de intervenção de enfermagem, de acordo com a relação da sua ação para com o doente, nomeadamente: o sistema totalmente compensatório, em que o doente tem uma atitude totalmente passiva/dependente e o enfermeiro concretiza o autocuidado, compensando a incapacidade; o sistema parcialmente compensatório, em que o doente participa no autocuidado mediante as suas possibilidades, aceitando a assistência do enfermeiro, que intervém assistindo o doente, compensando as suas limitações; e o sistema de apoio-educação, em que o doente é o principal responsável pelo seu autocuidado, sendo a intervenção do enfermeiro direcionada para a regulação e supervisão da atividade de autocuidado (Taylor, 2004).

Por último, Órem considera essencial a construção de um plano de enfermagem, como um processo desempenhado antes e depois do diagnóstico e prescrição de enfermagem que permite fornecer orientações para obter os resultados desejados (Taylor, 2004). Assim, pela importância que tem o planeamento eficaz dos cuidados de enfermagem de reabilitação para a recuperação da pessoa, neste documento irei proceder a uma descrição

detalhada sobre as tarefas/atividades que me proponho a realizar durante os ensinamentos clínicos que estão associados a este projeto.

5.3. Objetivos Gerais e Objetivos Específicos

Como objetivos gerais defini:

- (1) Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da enfermagem de reabilitação às pessoas com incontinência urinária;
- (2) Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da enfermagem de reabilitação às pessoas com alterações respiratórias, sensoriais, motoras e da alimentação.

No que respeita aos objetivos específicos, foram delineados tendo por base o domínio das competências comuns do enfermeiro especialista e o domínio das competências específicas do EEER. São eles:

- (9) Compreender e integrar as dinâmicas organo-funcionais dos locais de ensino clínico;
- (10) Analisar o contributo do EEER no seio da equipa multidisciplinar
- (11) Compreender as intervenções do EEER junto da pessoa com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor e da alimentação;
- (12) Compreender as intervenções do EEER junto da pessoa com incontinência urinária e dos seus familiares/cuidadores
- (13) Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa, com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor e da alimentação, utilizando a metodologia do processo de enfermagem.
- (14) Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com incontinência urinária, tendo por base a evidência científica mais atual e utilizando a metodologia do processo de enfermagem.
- (15) Executar intervenções especializadas de enfermagem de reabilitação com vista à maximização da funcionalidade e das capacidades da pessoa/família/cuidador contribuindo para a sua reintegração na comunidade.
- (16) Analisar o processo de aprendizagem realizado, com vista ao desenvolvimento de competências.

5.4. Fundamentação da escolha dos locais de estágio

Tendo em vista a implementação, na prática, deste projeto, foi necessário selecionar campos de estágio, ao nível hospitalar e da comunidade. A escolha dos três locais teve em consideração a temática que me proponho a desenvolver com este projeto, a existência de enfermeiros de reabilitação, a prestação de cuidados à pessoa inserida na comunidade e os objetivos gerais e específicos, os quais me proponho a atingir. No apêndice IV pode ser consultada uma descrição mais pormenorizada de cada um dos serviços.

O serviço de Urologia escolhido comporta duas vertentes, internamento e hospital de dia, existindo 1 EEER dedicado a cada uma destas vertentes. A IU é uma realidade, começando a intervenção do EEER durante o internamento e havendo continuidade e principal aposta ao nível do hospital de dia nas consultas de enfermagem de IU.

No serviço de Medicina escolhido existem 7 EEER, que trabalham predominantemente as áreas da reabilitação motora, reeducação funcional respiratória, disfagia e treino de AVD. As patologias mais frequentes são do foro neurológico, nomeadamente AVC, mas também cardíaco e respiratório.

Na UCC escolhida, a equipa de enfermagem engloba 9 enfermeiros, 1 dos quais é de reabilitação e acumula funções de chefia da UCC. A UCC dá resposta a um máximo de 50 situações/pessoas, em simultâneo, sendo as patologias mais frequentes, as doenças oncológicas, as demências, as doenças neuromusculares e diabetes. O EEER é o considerado o gestor de caso com a finalidade de capacitar o doente/família no desempenho das AVD, envolvendo/mobilizando todos os recursos comunitários existentes e necessários.

5.5. Descrição das Tarefas e dos Resultados Esperados

Com vista à realização dos ensinamentos clínicos, elaborei um conjunto de tabelas que integram os domínios e competências para cada objetivo específico, bem como o plano de atividades para cada um, os indicadores, os critérios de avaliação, os recursos a utilizar e a duração. Estas tabelas podem ser consultadas no apêndice I.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção especializada do EEER assume uma notória relevância, junto da pessoa com IU, na medida em que esta problemática não só é estatisticamente muito incidente na população portuguesa, como também pode conduzir a sérias alterações ao nível das AVD e, como tal, motivar a necessidade de adaptação das rotinas diárias da pessoa/família/cuidador.

A IU promove, frequentemente, sentimentos de vergonha e de embaraço que levam a pessoa a não procurar ajuda junto dos profissionais de saúde, sofrendo em silêncio com esta problemática, acabando por restringir a sua atividade e participação. Por outro lado, é também, com frequência, encarada como uma alteração inevitável relacionada com o envelhecimento.

Neste sentido, cabe ao EEER estar atento à incidência da IU e intervir no sentido de limitar o impacto causado por esta incapacidade, promovendo a continência urinária e consequentemente a qualidade de vida. O EEER deverá deter conhecimentos sobre a fisiologia do processo da micção, bem como das alterações que lhe podem estar subjacentes e deverá realizar uma avaliação diagnóstica detalhada com vista a uma correta identificação do tipo de IU que afeta a pessoa, construindo, de acordo com esta identificação, um plano de reabilitação que mobilize as inúmeras estratégias especializadas e adequadas, com vista à resolução desta problemática.

A realização deste projeto, permitiu-me desenvolver conhecimentos específicos sobre a metodologia de avaliação e as respetivas ferramentas que o EEER deverá mobilizar com o objetivo de realizar uma avaliação diagnóstica da pessoa, na sua globalidade e, especificamente, no domínio da eliminação vesical. Permitiu, igualmente, desenvolver os meus conhecimentos acerca das intervenções especializadas que o EEER deverá implementar com vista à promoção da continência urinária.

Por fim, considerando o anteriormente exposto, realço a importância de, no 3º semestre, implementar este projeto de estágio nos vários locais de EC, com o objetivo de consolidar estes conhecimentos e de os aplicar, desenvolvendo as competências gerais do enfermeiro especialista e específicas do ER, que constituirão os meus alicerces enquanto futuro EEER. O planeamento das atividades que realizei, constituirá, sem dúvida, uma ferramenta essencial e de mobilização constante ao longo dos vários EC. Salvaguardo, no entanto, a

possibilidade de reestruturar o presente projeto, de acordo com a realidade da prática clínica que encontrar nos vários EC, assim como perspetivo a necessidade de realizar pesquisas adicionais de acordo com as problemáticas com as quais me for deparando no contexto da prática de cuidados.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrams, P., Andersson, K.E., Birder, L., Brubaker, L., Cardozo, L., Chapple, C. ... Wyndaele, J.J. (2010). Fourth International Consultation on Incontinence - Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse and Faecal Incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 29, 213-240;

Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U. ... Wein, A. (2003). The Standardisation of Terminology in Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. *Urology*, 61 (1), 37-49. **Doi:**10.1016/S0090-4295(02)02243-4;

Alverzo, J., Brigante, M.A., McNish, D. (2007). Improving stroke outcomes- rehabilitation strategies that work. *American Journal of Nursing*. 107(11), 72B-73F;

Berbiglia, V.A.; Banfield, B. (2014). Self-Care Deficit Theory of Nursing. In: M.R. Alligood. *NURSING THEORISTS AND THEIR WORK* (pp. 240 – 257), 8ª ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby. ISBN 978-0-323-09194-7;

Bicalho, M.; Lopes, M. (2012). Impacto da incontinência urinária na vida de esposas de homens com incontinência: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 46 (4), 1009-1014.

Bucci, A., (2007). Be a Continence Champion: Use the CHAMMP Tool to Individualize the Plan of Care. *Geriatric Nursing*. 28(2), 120-124.

Carvalho, J. (2011). A Transição do Homem Portador de Carcinoma da Próstata Submetido a Prostatectomia Radical. *Onco.News*. (17), 9-17.

Direção-Geral da Saúde (2017). *Norma nº 013/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017 - Regras de Prescrição de Dispositivos Médicos na Retenção/Incontinência em Idade Pediátrica e no Adulto*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

European Association of Urology (2014). *Patient Information – Urinary Incontinence*. Arnhem: European Association of Urology;

European Association of Urology (2017). *EAU Guidelines on Neuro-Urology*. Arnhem: European Association of Urology;

European Association of Urology (2017a). *EAU Guidelines on Urinary Incontinence on Adults*. Arnhem: European Association of Urology

Fraga, A. (2010). *Urologia em Medicina Familiar – Incontinência Urinária*. (Separata científica publicada pela Associação Portuguesa de Urologia dirigida aos médicos de medicina familiar).

Giling, A. (2005). The role of ward-based continence resource nurses in aged care rehabilitation nursing. *Journal Of The Australasian Rehabilitation Nurses' Association*. 8(3), 14-15;

Herr-Wilbert, I., Imhof, L., Hund-Georgiadis, M., Wilbert, D. (2010). Assessment-Guided Therapy of Urinary Incontinence After Stroke. *Rehabilitation Nursing*. 35(6), 248-253;

INE, I.P., (2016). *Estatísticas da Saúde 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; ISSN: 2183-1637.

International Continence Society (2015). *Fact Sheets – A Background to Urinary and Faecal Incontinence*. Bristol: International Continence Society.

Jordan, L.A., Mackey, E., Coughlan, K., Wyer, M., Allnutt, N., Middleton, S. (2010). Continence management in acute stroke: a survey of current practices in Australia. *Journal of Advanced Nursing*. 67(1), 94-104. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05480.x;

Mendonça, T.M. (2012). Disfunções Miccionais. Uropatia Obstrutiva Baixa. In M.M. Silva, A. Duarte, J. Galo, N. Domingues (coords). *Enfermagem em Urologia* (pp. 36-50). Lisboa: Lidel.

Milsom, I., Altman, D., Cartwright, R., Lapitan, M.C., Nelson, R., Sillén, U., Tikkinen, K. (2013). Epidemiology of Urinary Incontinence (UI) and other Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), Pelvic Organ Prolapse (POP) and Anal Incontinence (AI). In P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, A. Wein (editors). *Incontinence – 5th International Consultation on Incontinence* (pp. 15-107).

Bristol: International Consultation on Urological Diseases. ISBN : 978-9953-493-21-3.

Newman, D.K. (2014). Pelvic Floor Muscle Rehabilitation Using Biofeedback. *Urologic Nursing*. 34(4), 193-202. doi:10.7257/1053-816X.2014.34.4.193;

Newman, D., Buckley, D., Gordon, D., Griebeling, T., Petty, L., Wang, K. (2013). Continence Promotion, Education & Primary Prevention. In P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, A. Wein (editors). *Incontinence – 5th International Consultation on Incontinence* (pp. 1787-1825). Bristol: International Consultation on Urological Diseases. ISBN : 978-9953-493-21-3

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8444-35-6.

Patrão, R., Nunes, P. (2012). Semiologia Urológica, Técnicas Diagnosticas e Material Urológico. In M.M. Silva, A. Duarte, J. Galo, N. Domingues (coords). *Enfermagem em Urologia* (pp. 36-50). Lisboa: Lidel.

Pires, M. (2000). Eliminação e Continência Vesical. In S.P. Hoeman (coordenador). *Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e processo* (pp. 453-487). Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-13-4.;

Redol, F., Rocha, C. (2017). Avaliação da Função Eliminação. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.189 – 202). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-73-4.

Riley, M.A., Organist, L. (2014). Streamlining Biofeedback For Urge Incontinence. *Urologic Nursing*. 34(1), 193-202. doi:10.7257/1053-816X.2014.34.1.19;

Rocha, C.; Redol, F. (2017). Intervenção de Enfermagem com a Pessoa com Alterações da Eliminação Vesical e Intestinal. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.271 – 279). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-73-4.

Santos, C. (2012). Reeducação Perineoesfincteriana. In M.M. Silva, A. Duarte, J. Galo, N. Domingues (coords). *Enfermagem em Urologia* (pp. 166-170). Lisboa: Lidel

Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2008). *Prevalência e Tratamento da Incontinência Urinária na População Portuguesa não Institucionalizada*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Sousa, E. (2016). *Estudo da eficácia e qualidade de vida em doentes com incontinência urinária de esforço pós-prostatectomia submetidos à colocação de sling trans-obturador ajustável (ATOMS)*. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. (Trabalho Final de Mestrado Integrado em Medicina). Lisboa.

Stevens, K. (2011). Eliminação e Continência Urinária. In S.P. Hoeman (coordenador). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (pp. 351-385). Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-34-4.

Taylor, S.G. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem. In: A.M. Tomey, M.R. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra* (pp.211 – 235), 5ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.

Terzoni, S., Montanary, E.; Mora, C., Ricci, C., Destrebecq, A. (2013) Reducing Urine Leakage After Radical Retropubic Prostatectomy: Pelvic Floor Exercises, Magnetic Innervation or No Treatment? A Quasi-Experimental Study. *Rehabilitation Nursing*. 38, 153-160. doi: 10.1002/rnj.72;

Thompson, D. (2004). Geriatric Incontinence: The Long-Term Care Challenge. *Urologic Nursing*. 24(4), 305-314;

Valença, M., Albuquerque, A., Rocha, G., Aguiar, A. (2016). Cuidados de Enfermagem na Incontinência Urinária: um Estudo de Revisão Integrativa. *ESTIMA*, 14 (1), 43-49. **DOI:** 10.5327/Z1806-3144201600010007.

Velosa, F. (2012). *Com(o)Viver com Alterações da Eliminação Vesical: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação). Lisboa.

APÊNDICES

Apêndice I – Planejamento de Atividades

Objetivo Específico: (1) Compreender e integrar as dinâmicas organo-funcionais dos locais de ensino clínico.			
Domínios e Competências	Atividades	Indicadores	Duração
<p>B- Domínio da melhoria da qualidade:</p> <p>B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>C- Domínio da gestão dos cuidados:</p> <p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de uma visita aos locais de EC; • Realização uma entrevista aos enfermeiros chefes dos locais de EC e/ou aos enfermeiros orientadores do EC; • Integração na equipa de enfermagem dos diferentes serviços; • Análise dos protocolos, normas de serviço e de procedimento e outra documentação específica existente nos serviços; • Observação da estrutura física de cada serviço; • Identificação das especificidades de cada serviço; • Identificação das dinâmicas habituais da prática de cuidados de enfermagem de reabilitação nos serviços; • Identificação dos produtos de apoio existentes nos serviços; • Colaboração com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados diários; • Realização de consulta da legislação que regula o funcionamento das instituições onde se situam os locais de EC; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter realizado uma visita aos locais de EC; • Ter realizado uma entrevista aos enfermeiros chefes e/ou aos enfermeiros orientadores; • Ter integrado a equipa de enfermagem; • Ter analisado a documentação específica dos serviços e a legislação que regula o funcionamento das instituições de EC; • Ter observado a estrutura física de cada serviço; • Ter identificado: <ul style="list-style-type: none"> – As especificidades; – As dinâmicas habituais da prática de cuidados de ER; – Os produtos de apoio existentes; 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante as primeiras 2 semanas de cada EC;
Recursos Humanos e Materiais	Enfermeiros orientadores do EC e restante equipa multidisciplinar; Enfermeiros chefe dos locais de EC; Documentação existente específica dos vários serviços; Internet.		
Critérios de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Em que medida é que a visita aos locais de EC e as entrevistas realizadas estão a contribuir para atingir este objetivo; • De que modo é que a análise da documentação específica dos serviços e da legislação que regula o funcionamento destas instituições está a contribuir para compreender e integrar as dinâmicas organo-funcionais; • Em que medida é que os vários aspetos que me propus a identificar, estão a contribuir para atingir este objetivo. 		

Objetivo Específico: (2) Analisar o contributo do EEER no seio da equipa multidisciplinar.			
Domínios e Competências	Atividades	Indicadores	Duração
<p>B- Domínio da melhoria da qualidade: B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>C- Domínio da gestão dos cuidados: C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; C2. Adota a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados;</p> <p>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica de referência na área da enfermagem de reabilitação (livros; artigos de revistas; trabalhos académicos); • Realização de uma entrevista aos enfermeiros chefes dos locais de EC e/ou aos enfermeiros orientadores do EC; • Integração na equipa de enfermagem dos diferentes serviços; • Análise dos âmbitos de intervenção dos vários intervenientes da equipa multidisciplinar; • Observação da articulação existente entre o EEER e os restantes elementos da equipa multidisciplinar; • Colaboração com a restante equipa multidisciplinar na promoção da continuidade de cuidados; • Referenciação da pessoa/familiares/cuidador para outros profissionais de saúde, sempre que necessário 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter realizado pesquisa bibliográfica sobre esta área; • Ter realizado uma entrevista aos enfermeiros chefes e/ou aos enfermeiros orientadores; • Ter integrado a equipa de enfermagem; • Ter observado, analisado e refletido sobre o âmbito de intervenção dos vários intervenientes da equipa multidisciplinar e da sua articulação com o EEER; • Ter colaborado com a equipa multidisciplinar na promoção da continuidade de cuidados; • Ter referenciado a pessoa/familiares/cuidador, se necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante as primeiras 2 semanas de EC; • Durante todo o tempo de EC.
Recursos Humanos e	Enfermeiros orientadores do EC e restante equipa multidisciplinar; Enfermeiros chefe dos locais de EC; Manuais e		

Materiais	artigos científicos de ER.
CrITÉrios de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • De que modo é que a pesquisa bibliográfica e as entrevistas realizadas estão a contribuir para atingir este objetivo; • De que modo é que a observação, a análise e a integração/colaboração com a equipa estão a contribuir para atingir este objetivo.

Objetivo Específico: (3) Compreender as intervenções do EEER junto da pessoa com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor e da alimentação.			
Domínios e Competências	Atividades	Indicadores	Duração
D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D2. Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de consulta de bibliografia de referência na área da enfermagem de reabilitação (livros; artigos de revistas; trabalhos académicos); • Análise e construção de conhecimentos específicos sobre as intervenções especializada do EEER nas áreas da reeducação funcional respiratória, reeducação sensorio-motora e da alimentação; • Consulta do processo clínico da pessoa; • Observação participante e análise das intervenções especializadas de ER à pessoa com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor e da alimentação, implementadas pelos enfermeiros orientadores; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter consultado bibliografia pertinente sobre estas áreas de intervenção; • Ter desenvolvido conhecimentos teóricos sobre as estratégias especializadas/intervenções do EEER nas áreas da RFR, reeducação sensorio-motora e da alimentação; • Ter observado e analisado as intervenções implementadas pelos enfermeiros orientadores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante todo o tempo de EC.
Recursos Humanos e Materiais	Enfermeiros orientadores do EC e restante equipa multidisciplinar; Manuais e artigos científicos de ER que abordem a IU; Doentes inseridos nos locais de EC.		
CrITÉrios de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • De que modo é que a consulta de bibliografia e o desenvolvimento de conhecimentos teóricos estão a contribuir para atingir o objetivo; • Em que medida, a observação da atuação dos enfermeiros orientadores está a contribuir para atingir o objetivo. 		

Objetivo Específico: (4) Compreender as intervenções do EEER junto da pessoa com incontinência urinária e dos seus familiares/cuidadores.			
Domínios e Competências	Atividades	Indicadores	Duração
D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de consulta de bibliografia de referência na área da enfermagem de reabilitação (livros; artigos de revistas; trabalhos académicos); 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter consultado bibliografia pertinente sobre o tema; • Ter desenvolvido conhecimentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante todo o tempo de EC.

profissionais: D2. Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de consulta de artigos científicos publicados na base de dados EBSCO (Medline; Cinahl e B-on); • Análise e construção de conhecimentos específicos relativamente ao modo de avaliação da pessoa com incontinência urinária; • Análise e construção de conhecimentos específicos sobre as estratégias especializadas/intervenções do EEER à pessoa com incontinência urinária; • Consulta do processo clínico da pessoa; • Observação participante e análise das intervenções especializadas de ER à pessoa com incontinência urinária, implementadas pelos enfermeiros orientadores; 	teóricos sobre a avaliação da pessoa com IU; <ul style="list-style-type: none"> • Ter desenvolvido conhecimentos teóricos sobre as estratégias especializadas/intervenções do EEER à pessoa com IU; • Ter observado e analisado as intervenções implementadas pelos enfermeiros orientadores. 	
Recursos Humanos e Materiais	Enfermeiros orientadores do EC e restante equipa multidisciplinar; Manuais e artigos científicos de ER que abordem a IU; Doentes inseridos nos locais de EC.		
Crítérios de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • De que modo é que a consulta de bibliografia e o desenvolvimento de conhecimentos teóricos estão a contribuir para atingir o objetivo; • Em que medida, a observação da atuação dos enfermeiros orientadores está a contribuir para atingir o objetivo. 		

Objetivo Específico: (5) Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa, com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor e da alimentação, utilizando a metodologia do processo de enfermagem.			
Domínios e Competências	Atividades	Indicadores	Duração
A– Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção do envolvimento dos familiares/cuidador no planeamento e execução das intervenções planeadas, de acordo com a preferência e decisão da pessoa; • Planeamento de programas de enfermagem de reabilitação, em conjunto com a pessoa, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> – Realização de colheita de dados para avaliação diagnóstica da pessoa/família/cuidador; – Mobilização das escalas de avaliação para avaliar a capacidade funcional da pessoa; – Mobilização dos recursos disponíveis nos vários locais de EC com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e sensação de conforto por parte do doente; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter promovido a privacidade da pessoa; • Ter promovido a integração dos familiares/cuidador na prestação de cuidados de ER; • Ter realizado colheita de dados, mobilizando escalas de avaliação da capacidade funcional da pessoa; • Ter planeado programas de ER de acordo com os dados colhidos; • Ter mobilizado os recursos existentes mais adequados à 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante todo o tempo de EC.
D- Domínio do			

<p>desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D2. Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p> <p>1– Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados: J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade; J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade; J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas;</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Realização o exame neurológico a pelo menos 3 doentes; – Realização de intervenções de ER na área da RFR a pelo menos 3 doentes; – Realização de intervenções de ER na área da alimentação/disfagia, a pelo menos 1 doente; – Realização das técnicas de ER relacionadas com a área motora, nomeadamente, técnicas de levante, transferências, mobilizações dos segmentos corporais e posicionamento em padrão anti-espástico; – Realização de registos de enfermagem detalhados sobre as intervenções especializadas implementadas, contribuindo para a continuidade de cuidados; <ul style="list-style-type: none"> • Seleção e ensinos sobre os produtos de apoio mais adequados à situação da pessoa; • Colaboração com a restante equipa multidisciplinar na promoção da continuidade de cuidados; • Avaliação do planeamento das intervenções de ER e dos resultados obtidos, junto do enfermeiro orientador e do professor orientador; 	<p>prestação de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter realizado o exame neurológico; • Ter realizado intervenções de ER na área da RFR e na área da alimentação/disfagia; • Ter realizado técnicas de ER relacionadas com a área motora; • Ter realizado os registos de EEER adequados; • Ter selecionado e realizado ensinos sobre os produtos de apoio adequados; • Ter realizado a avaliação do plano de intervenção delineado e dos resultados obtidos; • Ter colaborado com a equipa multidisciplinar na promoção da continuidade de cuidados; 	
--	--	---	--

<p>2– Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania: J2.1. Elabora e implementa programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida;</p> <p>3–Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa: J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório; J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cárdio-respiratório em função dos resultados esperados.</p>			
<p>Recursos Humanos e Materiais</p>	<p>Professor orientador da ESEL; enfermeiros orientadores do EC e restante equipa multidisciplinar; doentes inseridos nos locais de EC; familiares e/ou cuidadores; escalas de avaliação da funcionalidade, independência, tónus muscular, força; computador com acesso ao processo clínico do doente; Produtos de apoio disponíveis nos serviços; Manuais e artigos científicos de ER.</p>		
<p>Critérios de Avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Em que medida a avaliação diagnóstica está a possibilitar a adequação dos programas de intervenção de ER; • De que forma é que as intervenções de ER planeadas estão a permitir prestar cuidados de ER à pessoa com alterações aos níveis respiratório, sensório-motor e da alimentação. 		

<p>Objetivo Específico: (6) Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com incontinência urinária, tendo por base a evidência científica mais atual e utilizando a metodologia do processo de enfermagem.</p>			
<p>Domínios e Competências</p>	<p>Atividades</p>	<p>Indicadores</p>	<p>Duração</p>

<p>A– Dominio da responsabilidade profissional, ética e legal:</p> <p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>1– Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados:</p> <p>J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade;</p> <p>J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;</p> <p>J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de colheita de dados para avaliação diagnóstica da pessoa/família/cuidador integrando o uso de escalas de avaliação; • Planeamento de programas de enfermagem de reabilitação à pessoa com incontinência urinária, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> – Integração das necessidades identificadas e preferências da pessoa no planeamento; – Mobilização dos recursos disponíveis nos vários locais de EC com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e sensação de conforto por parte do doente; – Realização de registos de enfermagem detalhados sobre as intervenções especializadas implementadas, contribuindo para a continuidade de cuidados; – Implementação das intervenções especializadas do ER à pessoa com incontinência urinária (plano de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica; treino de hábitos; treino vesical; plano de ingestão de líquidos; cateterização vesical intermitente; cateterização vesical permanente e uso de dispositivo urinário externo; – Realização de ensinios sobre técnicas que a pessoa pode adotar promotoras da continência urinária, nomeadamente: micção imediata; supressão em urgência; modificação do vestuário; modificação ambiente; modificação alimentar e esvaziamento pré-atividade física; • Avaliação, através do questionamento à pessoa/famíliares/cuidador, da demonstração e da observação, a eficácia dos ensinios realizados; • Seleção e ensinios sobre os produtos de apoio mais adequados à situação da pessoa; • Avaliação do planeamento das intervenções de ER e dos resultados obtidos, junto do enfermeiro orientador e do professor orientador; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter realizado colheita de dados, com mobilização de escalas de avaliação; • Ter promovido a privacidade da pessoa; • Ter planeado programas de ER de acordo com os dados colhidos; • Ter mobilizado os recursos existentes mais adequados à prestação de cuidados; • Ter realizado os registos de EEER adequados; • Ter implementado as intervenções do EEER para a IU; • Ter realizado ensinios sobre técnicas promotoras da continência urinária, com vista à autonomia da pessoa; • Ter selecionado e realizado ensinios sobre os produtos de apoio adequados; • Ter avaliado a eficácia dos ensinios realizados; • Ter realizado a avaliação do plano de intervenção delineado e dos resultados obtidos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante todo o tempo de EC.
--	---	---	---

<p>alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p> <p>J.1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas;</p> <p>2– Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania:</p> <p>J2.1. Elabora e implementa programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida.</p>			
Recursos Humanos e Materiais	Professor orientador da ESEL; enfermeiros orientadores do EC e restante equipa multidisciplinar; doentes inseridos nos locais de EC; familiares e/ou cuidadores; escalas de avaliação da funcionalidade, independência; computador com acesso ao processo clínico do doente; Produtos de apoio disponíveis nos serviços;		
Critérios de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Em que medida a avaliação diagnóstica está a possibilitar a adequação dos programas de intervenção de ER; • De que forma é que as intervenções de ER planeadas estão a permitir prestar cuidados de ER à pessoa com IU. 		

Objetivo Específico: (7) Executar intervenções especializadas de enfermagem de reabilitação com vista à maximização da funcionalidade e das capacidades da pessoa/família/cuidador contribuindo para a sua reintegração na comunidade.			
Domínios e Competências	Atividades	Indicadores	Duração
<p>A– Dominio da responsabilidade profissional, ética e legal:</p> <p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de colheita de dados para avaliação diagnóstica da pessoa/família/cuidador, integrando o uso de escalas de avaliação; • Adaptação do plano de cuidados tendo em consideração os recursos necessários mobilizar para fazer face às necessidades identificadas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter realizado colheita de dados, mobilizando escalas de avaliação da capacidade funcional da pessoa; • Ter mobilizado os dados recolhidos para adaptar o plano de cuidados; • Ter promovido a integração dos 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante todo o tempo de EC.

<p>1– Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados:</p> <p>J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade;</p> <p>J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;</p> <p>J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p> <p>J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas;</p> <p>2– Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integração precoce, de acordo com as preferências e decisão da pessoa, a pessoa/família/cuidador na prestação de cuidados, potenciando a autonomia e o autocuidado; • Planeamento, com a pessoa/famíliaes/cuidador, de possíveis alterações no ambiente do domicílio, que facilitem os processos de eliminação; • Planeamento, com a pessoa/famíliaes/cuidador, de possíveis alterações no ambiente do domicílio, que facilitem a prestação de cuidados e promovam a autonomia da pessoa; • Realização de educação para a saúde aos familiares/cuidadores sobre os princípios da ergonomia durante a prestação de cuidados a pessoas dependentes, salvaguardando a sua integridade física e evitando lesões; • Participação nas visitas domiciliárias quer para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, quer para conhecer a pessoa/família/cuidador, o meio social em que está inserida, as condições habitacionais e as acessibilidades existentes; • Identificação, de acordo com a legislação existente, dos recursos comunitários adequados existentes, passíveis de serem mobilizados com vista à reintegração da pessoa na sociedade; • Realização de ensino à pessoa/família/cuidador sobre a importância de selecionar eficazmente os produtos de apoio mais adequados à situação da pessoa e ao ambiente onde estará inserida; • Validação da efetividade dos ensinios realizados através do questionamento e repetição; • Realização de sessões de educação para a saúde com a pessoa/família/cuidado com vista à preparação da alta; 	<p>famíliaes/cuidador na prestação de cuidados de ER;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter delineado, juntamente com a pessoa/famíliaes/cuidador, alterações no ambiente do domicílio, que facilitem os processos de eliminação; • Ter delineado, juntamente com a pessoa/famíliaes/cuidador, alterações no ambiente do domicílio, facilitadoras da prestação de cuidados e promotoras da autonomia; • Ter realizado, no decorrer da prática clínica, educação para a saúde aos familiares/cuidadores sobre os princípios da ergonomia; • Ter realizado visitas domiciliárias no âmbito da prestação de cuidados de ER; • Ter identificado e participado na mobilização dos recursos comunitários adequados com vista à reintegração da pessoa na sociedade; • Ter realizado ensinios pessoa/família/cuidador, com vista à seleção adequada de produtos de apoio; • Ter avaliado a eficácia dos ensinios realizados; • Ter realizado, no decorrer da prática clínica, educação para a saúde aos familiares/cuidadores com vista à preparação da alta. 	
--	--	---	--

<p>J2.1. Elabora e implementa programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida;</p> <p>J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p>			
Recursos Humanos e Materiais	Enfermeiros orientadores do EC e restante equipa multidisciplinar; doentes inseridos nos locais de EC; familiares e/ou cuidadores; escalas de avaliação da funcionalidade, independência, tónus muscular, força; Produtos de apoio disponíveis nos serviços; Legislação de apoio comunitário existente.		
Critérios de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Em que medida as intervenções educacionais estão a contribuir para a maximização da funcionalidade e das capacidades da pessoa/família/cuidador; • De que modo é que as intervenções de ER planeadas estão a ser promotoras da reinserção da pessoa na comunidade; 		

Objetivo Específico: (8) Analisar o processo de aprendizagem realizado, com vista ao desenvolvimento de competências.			
Domínios e Competências	Atividades	Indicadores	Duração
<p>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:</p> <p>D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;</p> <p>D2. Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de visita aos locais de EC; • Realização de uma entrevista aos enfermeiros chefes dos locais de EC e/ou aos enfermeiros orientadores do EC; • Realização de reuniões informais de orientação, semanalmente, com o enfermeiro orientador; • Realização de orientações tutoriais com o professor orientador; • Produção, semanal, de notas de campo refletindo o que foi feito e o que falta fazer; • Reflexão sobre o meu percurso ao longo dos ensinamentos clínicos através da realização de jornais de aprendizagem; • Realização de consulta de bibliografia de referência na área 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter realizado uma visita aos locais de EC; • Ter realizado uma entrevista aos enfermeiros chefes e/ou aos enfermeiros orientadores; • Ter realizado reuniões informais semanais com o enfermeiro orientador; • Ter realizado orientações tutoriais com o professor orientador da ESEL; • Ter realizado semanalmente notas 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante todo o tempo de EC.

	<p>da enfermagem de reabilitação (livros; artigos de revistas; trabalhos académicos);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de consulta de artigos científicos publicados na base de dados EBSCO (Medline; Cinahl e B-on); • Elaboração de pelo menos 1 plano de cuidados/intervenção, escrito. • Elaborar o relatório final de estágio. 	<p>de campo reflexivas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter elaborado jornais de aprendizagem; • Ter consultado bibliografia pertinente na área da ER; • Ter elaborado um plano de cuidados/intervenção escrito. • Ter elaborado o relatório final de estágio. 	
Recursos Humanos e Materiais	Professor orientador da ESEL; enfermeiros orientadores do EC e restante equipa multidisciplinar; enfermeiros chefe dos locais de EC; doentes inseridos nos locais de EC; familiares e/ou cuidadores; computador com acesso ao processo clínico do doente; Manuais e artigos científicos de ER.		
Critérios de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • De que modo é que a visita aos locais de EC e as entrevistas realizadas estão a contribuir para atingir o objetivo; • De que forma é que as reuniões semanais com o enfermeiro orientador estão a contribuir para refletir sobre a minha evolução durante o EC e para a construção do plano de cuidados/intervenção; • De que forma é que as orientações tutoriais com o professor orientador da ESEL estão a contribuir para atingir o objetivo; • Em que medida está o processo reflexivo a contribuir para atingir as competências relativas a este objetivo. 		

Apêndice II – Cronograma

[illegible]

Apêndice III – Protocolo da Revisão *Scoping* e Diagrama de Selecção de Artigos

Tabela PCC MEDLINE e CINAHL:

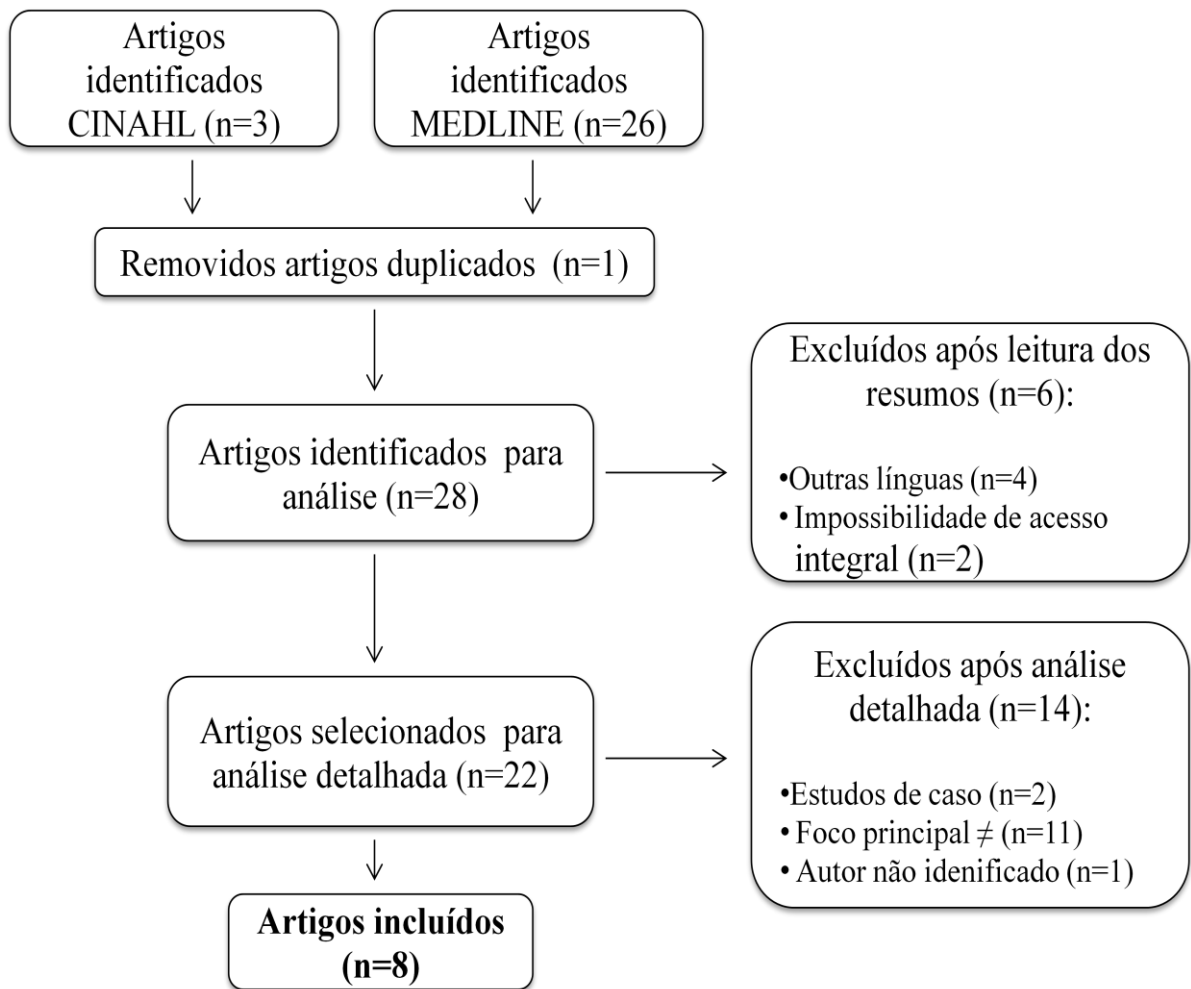
CINAHL	P	(Middle Age “OR” Adult “OR” Aged “OR” Aged, 80 and Over) “AND” Urinary Incontinence	P “AND” C “AND” C
	C	Nursing Care “AND” Rehabilitation Nursing	
	C	-	
MEDLINE	P	(Adult “OR” Aged, 80 and over “OR” Aged “OR” Middle aged) “AND” Urinary Incontinence	P “AND” C “AND” C
	C	Nursing “AND” Nursing Care “AND” Rehabilitation	
	C	-	

Critérios de inclusão de artigos:

- Todos os tipos de estudos;
- Adultos (a partir dos 19 anos), homens ou mulheres;
- Artigos cujo foco principal seja a incontinência urinária ou a promoção da continência.
- Artigos escritos em Português, Inglês ou Espanhol.
- Artigos publicados a partir do ano 2004.

Critérios de exclusão de artigos:

- Estudos de caso;
- População pediátrica;
- Artigos cujos focos principais não sejam as intervenções do enfermeiro na incontinência urinária ou na promoção da continência;
- Artigos com foco apenas na abordagem médica face à incontinência urinária;
- Artigos aos quais não se consegue aceder ao texto integral.
- Artigos escritos noutras línguas que não Português; Inglês ou Espanhol;
- Artigos publicados antes do ano 2004.



Apêndice IV – Descrição dos Locais de EC

Entrevista ao Enf. Chefe do Serviço de Urologia

Especificidade do serviço:

O serviço está dividido em duas vertentes, internamento e hospital de dia.

Tipologia de doentes/patologias mais comuns:

Neoplasia da próstata, da bexiga e dos rins; litíase renal; hipertrofia benigna da próstata; retenções urinárias agudas.

Quantos EEER?

Existe 1 EEER na ala de internamento e 1 EEER no hospital de dia.

Horário dos EEER?

Os ER apenas fazem o horário da manhã.

A distribuição de doentes por turno tem em consideração a existência de EEER?

Na vertente do internamento não ocorre distinção no que diz respeito à distribuição de doentes, exceto se o ER estiver a desenvolver algum plano de treino com um doente específico.

Na vertente de hospital de dia existem 2 enfermeiros, sendo o responsável EEER. Estão estabelecidos horários de agendamentos específicos para o EEER, gerindo, este, os agendamentos.

Como é feita a articulação entre os EEER e a restante equipa multidisciplinar?

Na vertente de hospital de dia, o ER tem muita autonomia, resultado dos protocolos de serviço implementados e da articulação direta com a equipa médica. O ER articula-se com a equipa médica através de chamada telefónica ou diretamente no gabinete de consultas. Articula-se igualmente com a equipa administrativa para efetivar o agendamento dos doentes e com a equipa da farmácia para disponibilizar a medicação necessária para cada doente.

A equipa médica encaminha os doentes diretamente para as consultas do ER.

Quais os produtos de apoio existentes, para a prestação de cuidados?

São adequados ao nº de doentes?

O serviço dispõe de cadeiras de rodas e de andarilhos, embora insuficientes para o nº de doentes que tem.

Existem projetos de reabilitação?

Principalmente na vertente do hospital de dia, está estabelecida a consulta de incontinência urinária, acompanhando todos os doentes que são encaminhados pelas equipas médicas, dando especial enfoque aos doentes submetidos a cirurgias no serviço.

São também realizados, pelo ER, *follow-up's* telefónicos aos doentes, de seguimento após as consultas de IU.

Há abordagem do EEER ao doente com alterações da eliminação vesical?

Principalmente ao nível do hospital de dia, o ER realiza consultas de enfermagem às pessoas com IU, com intuito de estabelecer planos de intervenção. Em ambas as vertentes é realizado treino de auto cateterização vesical.

Qual a intervenção do EEER?

Principalmente um grande enfoque na reabilitação do pavimento pélvico, mas também noutras medidas que contribuem para a promoção da continência urinária. Os EEER intervêm também ao nível da auto cateterização vesical intermitente e na promoção do levante precoce no pós-operatório.

Entrevista à Enf. Chefe do Serviço de Medicina

Nº de camas de internamento:

O serviço está dividido em 2 alas (1 e 2), dispondo de 30 camas em cada uma.

Tipologia de doentes/patologias mais comuns:

Patologia neurológica (AVC); patologia cardiovascular; patologia respiratória; alterações hidroelectrolíticas.

Quantos enfermeiros?

O serviço é constituído por 61 enfermeiros.

Quantos EEER?

Há 5 EEER, incluindo a enf^a chefe e mais 2 que estão neste momento a terminar a especialidade.

Horário dos EEER?

Os ER do serviço fazem maioritariamente o horário da manhã e da tarde, no entanto, por vezes também realizam turnos da noite.

Como é organizada a distribuição dos EEER pelos turnos?

Os EEER ainda não são destacados apenas para prestar cuidados de ER.

A distribuição de doentes por turno tem em consideração a existência de EEER?

Não obrigatoriamente. No entanto, entre os colegas há a tentativa para que se o EEER tiver implementado um plano de reabilitação com um doente, mantenha-se sempre atribuído a este.

Dotação?

No mínimo estão 5 enfermeiros da manhã (mas é mais habitual estarem 6 ou mesmo 7). Na tarde estão 4 enfermeiros e na noite 3. Estes dados são relativos a cada ala.

Como é feita a articulação entre os EEER e os enfermeiros de cuidados gerais?

Durante a passagem de turno, o ER informar os colegas sobre o programa de reabilitação e as intervenções especializadas implementadas, no entanto os colegas de cuidados gerais raramente dão continuidade a este programa.

Quais os produtos de apoio existentes, para a prestação de cuidados?

Existem cadeiras de rodas (incluindo 1 cadeira de espaldar alto), mesas de apoio para a cadeira de rodas, 2 andarilhos, 1 tripé, almofadas para posicionamentos, 2 elevadores de doentes, espelhos, triângulos adaptados às camas, 2 degraus e 2 tábuas de transferência de doentes.

Existem projetos de reabilitação?

Não há projetos implementados, mas em fase de desenvolvimento, como por exemplo “desalgaliação precoce no doente com AVC” e “treino de auto esvaziamento vesical por retenções urinárias frequentes e para diminuir a incidência de infeções do trato urinário”. O objetivo que a Enfª Chefe tem para o serviço é, até ao final deste ano, estabelecer uma equipa de ER articulada e com as suas funções bem definidas.

Há abordagem do EEER ao doente com alterações da eliminação vesical?

Um dos ER do serviço dedica-se mais a esta área, no entanto a enfª chefe afirma que não é a principal “especialidade” deste elemento.

Qual a intervenção do EEER?

Os ER intervêm principalmente ao nível da reabilitação motora, da reeducação funcional respiratória, do treino de AVD e da disfagia.

Quantos enfermeiros?

A unidade tem 10 enfermeiros, sendo que contam apenas com 9 porque 1 está de baixa prolongada.

Quantos EEER?

1, que acumula funções de coordenação da UCC.

Organização da UCC:

Esta UCC é 1 das 4 UCC que fazem parte deste ACES. Estão inseridas na carteira de serviços desta UCC as seguintes vertentes: equipa de cuidados continuados integrados; programa nacional de saúde escolar; saúde materno infantil; curso de preparação para a parentalidade; recuperação pós-parto e parentalidade positiva; acompanhamento de grávidas/puérperas/recém-nascidos de risco; intervenções na comunidade; intervenção precoce na infância; participação na comissão de proteção de crianças e jovens; e, núcleo local de inserção.

A equipa de cuidados continuados integrados, tem a capacidade para agregar um máximo de 50 doentes “internados” no domicílio.

Tipologia de doentes/patologias mais comuns:

Doenças oncológicas, Demências, Doenças neuromusculares, diabetes.

Horário dos EEER?

Dias úteis das 8h às 18h. Sábados, Domingos e feriados, das 9h às 16h (rotativos entre todos os enfermeiros da equipa).

Como é organizada a distribuição do EEER pelos doentes?

Cada enfermeiro da equipa da UCC tem uma carteira de clientes (constituída por pessoas ilegíveis para entrar em qualquer uma das vertentes de intervenção da UCC), sendo atribuído um doente de forma aleatória, mediante a existência de vaga na lista do enfermeiro.

Como é feita a articulação entre os EEER e os restantes enfermeiros da equipa?

Como apenas existe 1 EEER na equipa, este realiza, frequentemente, sessões de formação aos pares sobre técnicas específicas de enfermagem de reabilitação, para que os colegas as possam também aplicar estas intervenções aos seus doentes.

Qual a intervenção do EEER?

O EEER atua como o gestor de caso, com o objetivo principal de capacitar o doente/família no desempenho das suas AVD. Intervém diretamente junto do doente/família/cuidador, prestando cuidados especializados de ER, mas também articula-se e mobiliza todas as instituições comunitárias que forneçam o apoio necessário com base na limitação do doente, nomeadamente: articula-se com todas as valências do ACES; trabalha na comunidade, no domicílio dos doentes, nas escolas; articula-se com todas as instituições da comunidade como a câmara municipal, a junta de freguesia, as instituições particulares de solidariedade social, a segurança social, a polícia, os vizinhos.

Quais os produtos de apoio existentes, para a prestação de cuidados?

São adequados ao nº de doentes?

A UCC não dispõe de qualquer produto de apoio auxiliar à prestação de cuidados, no entanto apoia o doente na aquisição destes produtos através de um protocolo com a câmara municipal.

Existem projetos de reabilitação?

Sim, embora integrem, no seu desenvolvimento, enfermeiros com outras especialidades. Relativamente a estes projetos destacam-se: a realização de formação aos cuidadores formais e informais, mas também por vezes abertos a toda a comunidade; a prevenção de quedas; a promoção da melhoria das acessibilidades no domicílio; e, ao nível da saúde escolar, o projeto “mochilas impecáveis, crianças saudáveis” (que consiste em pesar todas as crianças que estão no 1º ciclo, fazer o cálculo máximo do peso que deveriam transportar na mochila e, posteriormente realizar educação para a saúde junto dos pais).

Há abordagem do EEER ao doente com alterações da eliminação vesical?

Há, embora não totalmente estruturada. Esta abordagem resulta da identificação da necessidade de intervir a este nível, após uma avaliação funcional completa do doente.

Anexo I – História de Enfermagem para a Incontinência Urinária

Características da incontinência

- Início e duração.
- Frequência.
- Horário (dia, noite ou ambos).
- Factores precipitantes (tosse, espirro, gargalhadas, exercício, mudanças de posição, lavagem das mãos, outros).
- Urgência associada.
- Quantidade das perdas.
- Tipo de perdas (esguicho, fluxo ou gotejo constante).
- Uso de pensos/cuecas protectoras (número de pensos ou mudanças de roupa por dia).

Padrão de eliminação

- Frequência diurna.
- Frequência nocturna.

Sintomas génito-urinários associados

- Sensação de bexiga cheia.
- Capacidade de atrasar o esvaziamento.
- Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga.
- Gotejo após a micção.
- Sintomas de obstrução (dificuldade em iniciar a micção, fluxo interrompido ou mais lento, esforço para urinar).
- Sintomas de infecção urinária (disúria, hematúria).

História génito-urinária

- Partos.
- Cirurgias (pélvica ou do aparelho urinário inferior).
- Infecções urinárias recorrentes.
- Tratamento anterior para a incontinência e resultados obtidos (medicação, exercícios do pavimento pélvico, cirurgia, dilatações).

História médica relevante

- Doença aguda.
- Depressão.
- Diabetes Mellitus.
- Doença neurológica (ex: AVC, doença de Parkinson, demência).
- Doença cardiovascular (hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva).
- Doença renal.
- Distúrbios da eliminação fecal (obstipação, fecalomas, incontinência).
- Distúrbios psicológicos (depressão, doença mental).
- Cancro.

Medicação (incluindo os medicamentos sem prescrição)

Percepção do Doente/cuidador acerca da incontinência

- Percepção da causa e gravidade.

- Interferência nas actividades diárias.
- Expectativas de cura.

Factores ambientais

- Acessibilidade à casa de banho.
- Distância até à casa de banho.
- Uso de ajudas à eliminação.

Fonte: Stevens (2011, p. 358).

Anexo II – Diário Miccional

NOME: _____

DATA: _____

INSTRUÇÕES: ponha um visto na coluna que estiver mais perto da hora em que urinou na casa de banho ou em que ocorreu o episódio de incontinência. Anote a causa da incontinência e descreva os líquidos ingeridos (por exemplo: café, água) e faça uma estimativa da quantidade (por exemplo: uma chávena).

Intervalo de tempo	Urinou na casa de banho	Teve um pequeno episódio de incontinência	Teve um grande episódio de incontinência	Causa do episódio de incontinência	Tipo e quantidade de líquidos ingeridos
6 – 8 h					
8 – 10 h					
10 – 12 h					
12 – 14 h					
14 – 16 h					
16 – 18 h					
18 – 20 h					
20 – 22 h					
22 – 24 h					
Durante a noite					

N.º de fraldas usadas hoje: _____ N.º de episódios: _____

Comentários: _____

Fonte: Stevens (2011, p. 359).

Anexo III – Ensino ao Doente: Exercícios dos Músculos Pélvicos (Kegel)

Como encontrar os músculos pélvicos

Para encontrar o músculo, imagine que está numa festa e que a boa comida que acabou de consumir causa-lhe gases. O músculo que usa para impedir a saída desse gás é o que precisa de exercitar. Algumas pessoas encontram este músculo fazendo parar voluntariamente o jato de urina. Se for mulher, outra forma de encontrar o músculo é puxando para cima o reto, a vagina e a uretra. Tente pensar na área em volta à vagina.

Exercitar o músculo

Comece por esvaziar a bexiga e depois tente relaxar completamente. Contraia esse músculo e mantenha assim enquanto conta até 10 ou durante 10 segundos, depois relaxe o músculo completamente enquanto conta até 10. Deve sentir o encerramento entre as pernas e o levantamento da área à volta da vagina (na mulher).

Quando fazer os exercícios

Faça 10 exercícios de manhã, 10 de tarde e 15 à noite – ou durante 10 minutos, 3 vezes ao dia. Marque um cronómetro para 10 minutos, 3 vezes ao dia. Inicialmente, pode não ser capaz de manter a contração enquanto conta até 1; contudo você conseguirá ir subindo, ao longo do tempo, até uma contração de 10 segundos. O músculo pode ficar cansado após 6 a 8 exercícios. Se isto acontecer, pare e volte a exercitar mais tarde.

Onde praticar os exercícios

Estes exercícios podem ser feitos em qualquer sítio e a qualquer hora. A maior parte das pessoas preferem exercitar-se deitada na cama ou sentada numa cadeira. As mulheres podem tentar fazê-lo durante as relações sexuais. Contraia os músculos pélvicos apertando o pénis do seu companheiro e depois relaxe. O seu companheiro tem que sentir o aumento da pressão.

Erros comuns

Nunca use os músculos do estômago, das pernas ou as nádegas. Para perceber se está a contrair os músculos do seu estômago, coloque a mão no abdómen enquanto mantém a contração dos músculos pélvicos. Se sentir o abdómen a mexer, é porque também está a usar estes músculos. Com o tempo irá aprender a praticar com menor esforço. Finalmente, faça os exercícios como parte do seu estilo de vida; contraia os músculos, enquanto anda, quando espirra ou quando se desloca à casa de banho.

Quando darei por uma mudança?

Depois de 4 a 6 semanas de exercícios diários continuados começará a notar que tem menos acidentes urinários e depois de 3 meses verá uma diferença ainda maior.

Estes exercícios podem magoar-me?

Não. Estes exercícios não lhe farão mal de maneira nenhuma. A maior parte dos clientes acham-nos relaxantes e fáceis. Se tiver dores nas costas ou no estômago, depois dos exercícios, provavelmente está a fazer demasiado esforço ou a usar os músculos do estômago. Volte atrás e descubra os músculos pélvicos e lembre-se que este exercício deve fazê-lo sentir-se bem. Se tiver cefaleias, então também está a contrair os músculos torácicos e, provavelmente, a sustentar a respiração.

Fonte: Stevens (2011, p. 374).

Apêndice II – Jornal de Aprendizagem 1

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem

1

Tiago André de Sá Santos

Orientador da Escola: Prof. Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa

2017



A possibilidade de realizar uma parte do ensino clínico num serviço de urologia foi, desde o início deste curso, um dos objetivos que estipulei, quer por se enquadrar naquele que é o tema que defini para o meu projeto de estágio, quer por, pessoalmente, ter um grande interesse pela área urológica. Neste sentido, este serviço de urologia abriu-me as portas convidando a desenvolver-me pessoal, profissional e academicamente enquanto futuro enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER).

Confesso que me senti expectante quando soube que o estágio iria ser realizado ao nível do hospital de dia de urologia. Por um lado, por pensar que este local apenas proporcionava um contacto rápido e muito pontual com os doentes não deixando grande margem para o EEER intervir, e por outro, que os doentes estariam tão focados na sua situação oncológica que não fossem recetíveis a uma abordagem mais holística a todas as suas outras dimensões. Na realidade, a experiência que me tem sido proporcionada veio contrariar estas minhas expectativas, de uma forma bastante positiva, na medida em que tem permitido a minha tomada de consciência sobre a necessidade do EEER intervir neste contexto que é tão específico.

Na prática, quando uma pessoa com doença oncológica é acompanhada neste hospital pelo médico urologista e necessita de realizar tratamentos farmacológicos que não quimioterapia endovenosa, é encaminhada para o hospital de dia de urologia passando a ser acompanhada pelo EEER deste serviço que é responsável por gerir, juntamente com o doente, todo o seu processo de tratamento. Adicionalmente, o EEER deste hospital de dia de urologia é também o elemento de referência que intervém ao nível da consulta de estomatoterapia e da sexualidade. Desta síntese, torna-se possível compreender que os doentes que são seguidos, vêm ao hospital de dia periodicamente para cumprir os seus tratamentos ou consultas de enfermagem. Esta periodicidade varia desde visitas semanais até semestrais que se prolongam, na maior parte dos casos, durante anos, acabando o doente por estabelecer uma relação de confiança e proximidade com o EEER do hospital de dia. Deste modo, o EEER tem uma oportunidade privilegiada de conhecer aprofundadamente o doente, os seus familiares, o ambiente em que está inserido, as suas limitações/restrições, permitindo desenvolver um plano de reabilitação adaptado às reais necessidades que o doente vai apresentando

ao longo da sua vida. Este modo de intervir está de acordo com Stryker (2000, p. xvii) que afirma que “a enfermagem de reabilitação inclui ainda, para além da tradicional relação enfermeiro/doente, a família e a comunidade no processo de tratamento.”.

Verifico, neste âmbito de intervenção, a importância de avaliar o doente na sua globalidade, por estar numa posição de excelência para desempenhar aqueles que são os atributos mais específicos da intervenção do EEER, nomeadamente:

a sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas. (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010b, p.1).

Pude então intervir, durante os turnos que já realizei, junto destes doentes de uma forma que considero muito mais global do que apenas administrar ou fornecer a medicação de que o doente necessita. O EEER deve ser capaz de ver para além da especificidade de cada contacto com o doente, perspetivando aquelas que são ou poderão vir a ser as suas necessidades de cuidados, antecipando potenciais problemas e fornecendo as ferramentas necessárias para que a pessoa mantenha a sua autonomia inserida no seu meio.

Fazendo uma retrospectiva acerca do meu processo de integração neste serviço como futuro EEER, considero que o maior desafio prendeu-se com o facto de, como já referi anteriormente, o contacto com o doente ser apenas pontual. Tal situação exige que, num só momento o EEER avalie o doente, delineie um programa de reabilitação e implemente-o, numa realidade em que por vezes todo este processo se desenrola em 10 ou 15 minutos. A necessidade de implementar um programa de reabilitação neste curto momento reside no facto do doente não voltar a ter contacto com o EEER nos dias seguintes à colheita de dados, até ao dia em que volta para realizar um novo tratamento. Para mim, esta foi a maior dificuldade sentida na medida em que me exigiu uma capacidade de raciocínio rápido, adaptabilidade e motivou a necessidade de estudo sobre as intervenções que são específicas do EEER. Refiro-me aqui não apenas às intervenções específicas direccionadas para os processos de eliminação urinária, mas também para as intervenções ao nível

respiratório e sensório-motor, as quais tive oportunidade, até agora, de ir implementando. A experiência que tenho tido tem-me permitido realizar ensinamentos ao doente de acordo com as necessidades identificadas e possibilitar que este treine, sob a minha supervisão, as técnicas ou exercícios que deverá realizar no seu domicílio.

O fator que considero menos positivo encerra-se na dificuldade que tenho sentido em reavaliar os programas de reabilitação que tenho implementado. Ainda que as intervenções delineadas nestes programas tenham, evidentemente, todo um constructo teórico que fundamente a importância da sua execução, considero ser imprescindível realizar a avaliação da sua eficácia traduzindo-se, ou não, na melhoria da funcionalidade do doente e, consequentemente na necessidade, ou não, de adaptação dos programas de reabilitação. Aliás, esta avaliação constitui uma unidade de competência do EEER, mais concretamente “J1.4. Avalia os resultados das intervenções planeadas.” (OE, 2010b, p.3). De forma a esclarecer este ponto da minha reflexão, quando refiro que sinto uma dificuldade em reavaliar os programas que implemento, pretendo deixar claro que esta dificuldade reside no facto de o tempo de estágio ser reduzido e, na grande maioria dos doentes junto aos quais tenho intervindo, a reavaliação será apenas feita após 1 mês, que é quando o doente regressa novamente ao hospital de dia e nessa altura eu já não estarei presente. No entanto, enquanto futuro enfermeiro especialista, com a responsabilidade de liderar equipas e gerir recursos, considero que esta reavaliação da qual tenho vindo a falar, poderá ser realizada no próximo momento de contacto com o doente, pela enfermeira orientadora EEER. Deste modo, desenvolvo adicionalmente as competências gerais do enfermeiro especialista direccionadas para a liderança e delegação e, considero que promovo transversalmente a continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação (OE, 2010a). Importa realçar que, esta situação que descrevo como uma dificuldade sentida não ocorre em todos os casos onde tenho intervindo pois, em alguns tenho tido a oportunidade de realizar um seguimento menos distanciada temporalmente.

Nesta fase do ensino clínico sinto igualmente a necessidade de realizar este exercício reflexivo sobre uma outra temática. Se anteriormente me referi à importância do EEER intervir neste contexto tão específico, verifico agora que

os cuidados de reabilitação não se podem centrar apenas na promoção da recuperação/melhoria das alterações relacionadas com os processos de eliminação. Pelo contrário, tenho constatado que os doentes têm, frequentemente, outras comorbilidades que lhes causam limitações da sua funcionalidade e participação, seja ao nível sensório-motor, seja ao nível respiratório. No meu entender, o EEER a trabalhar neste contexto deverá estar treinado e preparado para intervir igualmente nestas situações, facto esse que é evidenciado por Pestana (2017, p. 54) assumindo que o EEER “(...) é considerado um profissional pilar estruturante para planear, conceber, implementar e gerir programas de reabilitação, adequados à prevenção e ao processo global de recuperação funcional da pessoa.”. A título de exemplo, no segundo dia de ensino clínico recebemos um senhor para realizar terapêutica intravesical devido a um tumor vesical. Estes doentes ficam durante 1 a 2 horas (dependendo do fármaco administrado) deitados numa marquesa estreita e rígida causando alguma limitação em termos de mobilizações e posicionamentos, apesar de lhes ser dada total liberdade para que se automobilizem. Habitualmente os doentes acabam por permanecer durante todo tempo de tratamento em decúbito dorsal. De forma a promover o conforto do doente e a evitar complicações músculo-tendinosas associadas à imobilidade e à carga, a EEER orientadora estimulou-me a posicionar corretamente a almofada da cabeça a partir da região dos omoplatas acompanhando toda a região cervical e a colocar uma almofada por baixo das articulações dos joelhos para assim permitir uma ligeira flexão diminuindo a pressão sobre estas articulações, aliviar os músculos da coxa e aliviar a pressão na região sagrada através da promoção de uma ligeira báscula posterior da bacia. Validei com o doente que se sentia mais confortável após a aplicação destas medidas.

Esta situação descrita foi como que o meu despertar para olhar a reabilitação como um processo holístico direcionado para todas as dimensões que compõem a pessoa, ao invés de me focar num problema específico. Tomei consciência que esta era a sensibilidade que me faltava e que aquela intervenção fazia toda a diferença para o doente. Se deveria ter tomado a iniciativa para implementar autonomamente estas medidas? Considero que sim. No entanto considero que enquanto alunos a percorrer um processo

formativo, estamos tão focados nas ditas grandes intervenções do EEER que é fundamental esta supervisão e experiência dos nossos orientadores clínicos para nos despertar também a atenção pelas medidas mais simples de executar. Neste sentido, sinto que a vivência desta situação foi fundamental permitindo-me consciencializar que a intervenção do enfermeiro de reabilitação deve estar sempre presente e não tem obrigatoriamente de se verificar apenas em grandes ações ou intervenções. Pelo contrário, por vezes existem pequenos gestos que para qualquer outro enfermeiro poderão passar despercebidos mas que ganham sentido para o enfermeiro de reabilitação e fazem toda a diferença para o doente. Verifico que realmente também nas pequenas intervenções o enfermeiro de reabilitação pode também fazer toda a diferença e interiorizo este fundamento, neste processo de desenvolvimento de competências.

Para concluir esta reflexão sinto a necessidade de voltar a evidenciar o quão importante este primeiro campo de estágio tem estado a ser para o desenvolvimento das competências inerentes ao enfermeiro especialista e ao EEER, possibilitando-me o confronto com diversas experiências que têm moldado o meu modo de agir enquanto futuro EEER. Particularmente, porque a minha prática profissional é desenvolvida na área da urologia, estas aprendizagens sobre as quais refleti dando sentido e integrando como boas práticas de atuação do EEER, serão fundamentais para que no futuro, já sendo EEER, tenha a sensibilidade de olhar a globalidade da pessoa a quem presto cuidados, ao invés de me focar apenas naquele que é o seu problema urológico. Considero pois que a experiência deste ensino clínico está a contribuir de um modo fundamental para o meu processo de desenvolvimento de competências.

Bibliografia:

- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Stryker, R. (2000). Prólogo. In S.P. Hoeman (coordenador). *Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e processo* (pp. xvii). Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-13-4.

- Pestana, H. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquaramento. In: C. Marques-Vieira, L. Sousa. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.47 – 56). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-73-4.

Apêndice III – Jornal de Aprendizagem 2

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem

2

Tiago André de Sá Santos

Orientador da Escola: Prof. Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa

2017



No dia 08/11/2017 prestei cuidados à Sra. I.G. de 79 anos de idade que estava internada no serviço com diagnóstico de *diabetes mellitus* tipo II descompensada. A doente estava já internada no serviço há 5 dias, passando os turnos anteriores em repouso no leito. No dia 06/11 iniciou levante progressivo no leito e no dia 07/11 realizou o primeiro levante com os colegas do serviço ficando sentada na cadeira de rodas, com pouca tolerância por queixas de desconforto ao nível da região sagrada. Os colegas do serviço sugeriram-me que avaliasse esta doente no sentido de iniciar treino de marcha.

Em conversa com a doente percebi que ela mora sozinha (desde a morte do marido em 2016) numa casa térrea e que não beneficia de nenhum apoio de instituições da comunidade. Tem 2 filhos, um reside em França com a esposa e os filhos e o outro reside perto dela. Tem ainda uma sobrinha que é quem a ajuda com maior frequência no domicílio, mas que neste momento apresenta menos disponibilidade porque a sua mãe foi operada e encontra-se internada neste hospital, no serviço de cirurgia. Antes do internamento a doente era autónoma na realização das suas atividades de vida diária. A sobrinha ajudava-a nas compras para a casa. Utilizava como apoio para a marcha um andarilho com rodas.

Neste dia questionei a doente sobre a sua vontade de se levantar do leito. A expressão do seu rosto de imediato mudou para uma expressão de felicidade afirmando que está farta de estar na cama. Questionei-a também acerca da sua vontade de ir até ao WC para realizar os cuidados de higiene no duche e a doente ficou muito entusiasmada com esta ideia, quase como se algo de único na vida dela se tratasse. Realizei então a avaliação da força ao nível de todos os segmentos dos membros superiores e dos membros inferiores e verifiquei que a doente apresentava força grau 5 segundo a escala *Medical Research Council Muscle Scale*, sendo capaz de realizar movimentos contra a gravidade e contra a resistência. Solicitei que realizasse a ponte no leito e a doente prontamente foi capaz de realizar este exercício eficazmente, sem apresentar dificuldade. Assim, a doente realizou o levante com ajuda parcial com apoio do andarilho. Avaliei o equilíbrio estático e dinâmico, mantidos na posição de sentada, mas comprometido na posição ortostática (através do teste de Romberg), tendo tendência para realizar uma inclinação posterior do tronco. Realizei treino de marcha com andarilho com a doente desde a sua cama até

ao duche (situado fora do quarto) incentivando a doente a realizar uma ligeira inclinação anterior do tronco de modo a contrariar a tendência que demonstrava para se desequilibrar. Realço que as enfermarias deste serviço têm 3 camas cada, sendo a da doente a última do quarto. Ao alcançar a porta do quarto a doente olhou para outro doente, que se encontrava na cama junto à porta e exclamou satisfeita “finalmente conheço a cara do meu vizinho. Está a ver como sou capaz de andar!” (sic). Os cuidados de higiene e conforto foram realizados no duche. Estimulei a doente para realizar o seu autocuidado e apenas teve necessidade de ajuda parcial para lavar e secar a região dorsal e os pés. A doente ficou radiante com o facto de ter ido ao duche afirmando que finalmente conseguia sentir o cabelo e o corpo limpos novamente. Após os cuidados de higiene e conforto realizámos treino de marcha ao longo de todo o corredor do serviço. A doente foi capaz de realizar eficazmente o programa de reabilitação proposto para este dia, superando todas as expectativas.

Numa outra situação que vivenciei, com o Sr. A.R. de 90 anos internado no serviço por um derrame pleural e pneumonia adquirida na comunidade, observo semelhanças com a primeira situação descrita. No caso do Sr. A.R., ao 10º dia do seu internamento (30/10/2017) fiquei responsável por lhe prestar cuidados. Até aqui o doente ainda não tinha realizado levante, passando o dia em repouso no leito. Neste dia avaliei a força dos vários segmentos dos seus membros superiores e inferiores e verifiquei que apresentava força grau 5 segundo a escala *Medical Research Council Muscle Scale* ao nível dos membros inferiores sendo capaz de realizar movimentos contra a gravidade e contra a resistência. Verifiquei também que era capaz de realizar a ponte no leito. Posteriormente apoiei o doente na realização do seu primeiro levante para a cadeira de rodas, com este a ser capaz de realizar carga nos membros inferiores. Como se tratou do seu primeiro levante em 10 dias de internamento, não realizei treino de marcha mas insisti, ao longo do turno, na realização de exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores para preparar o doente para realizar treino de marcha com andarilho no dia seguinte. No dia 31/10/2017 apoiei o doente no impulso para passar de sentado na cama para de pé e iniciámos treino de marcha apoiado por andarilho desde a sua cama (no fundo do quarto) até à porta do quarto. Progressivamente nos dias que se seguiram o doente foi cumprindo a

realização de exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores, autonomamente e foi realizando treino de marcha comigo no serviço e com a fisioterapeuta no ginásio, conseguindo alcançar diariamente novas metas em termos de distância percorrida. Este doente apresentou-se sempre muito motivado e participativo no programa de reabilitação realizando autonomamente o treino de fortalecimentos muscular e solicitando a realização do treino de marcha mais vezes durante o dia. O seu comprometimento com o programa de reabilitação era tal que eu e a enfermeira orientadora informávamos o doente acerca do turno que íamos fazer no dia seguinte e, por exemplo quando fazíamos turnos da tarde, o doente recusava ser transferido para o leito após o almoço afirmando aos colegas do serviço que iria ter treino de reabilitação. De referir que antes do internamento o doente residia num lar mas deambulava autonomamente com apoio de bengala e acompanhava diariamente o seu filho à horta ajudando-o. Desde que tinha chegado ao serviço estava confinado ao leito.

Verifico, em ambas situações, várias áreas merecedoras de um escrutínio reflexivo como é o objetivo do jornal de aprendizagem. Porém, decidi aprofundar a análise destas situações sobre um dos aspetos que lhes é comum, nomeadamente a temática da imobilidade. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2013, p.21) “A mobilidade é (...) crucial para o desempenho das atividades de vida diária (...)”. Segundo a mesma fonte a imobilidade é potenciadora de consequências nos vários sistemas fisiológicos da pessoa podendo estas ser ainda mais graves do que as consequências relacionadas com a patologia que causou a imobilidade “(...) transformando uma redução da capacidade funcional temporária em incapacidade.” (OE, 2013, p. 23)

A vivência destas experiências suscitou-me várias questões sobre as quais não tinha refletido anteriormente, nomeadamente como podem os doentes passar vários dias confinados ao leito quando são internados, promovendo-se assim a imobilidade e potencial perda da funcionalidade?; serem total ou quase totalmente substituídos naqueles que são os seus autocuidados quando têm capacidade (total ou parcial) para os realizar embora necessitando de maior tempo para os fazer?; e em que medida é que o enfermeiro de reabilitação faz a diferença nestas situações?. Uma análise que faço relativamente às questões

que me suscitou este campo de estágio prende-se com o facto de este ser um contexto de atuação de enfermagem muito diferente daquele onde eu exerço a minha atividade profissional. Este é sem dúvida um fator que contribuiu para que “estranhasse” esta realidade e sinto que, para quem trabalhe nestes contextos, estas situações podem tender passar mais despercebidas. Por outro lado penso que as exigências que as instituições colocam aos enfermeiros destes serviços de medicina, bem como a tipologia de doentes frequentemente internados nestes serviços faz com que haja necessidade dos enfermeiros priorizarem as suas intervenções e leva também os enfermeiros e restante equipa de saúde a terem a tendência de substituir o doente nos seus autocuidados para que sejam executados de forma mais rápida dando mais tempo para realizar outras intervenções. Nesta realidade onde realizei o meu ensino clínico os enfermeiros de reabilitação são distribuídos pelos turnos de igual modo e prestando os mesmos cuidados gerais que os restantes colegas, necessitando de promover um tempo a mais, durante o turno, para poderem realizar os cuidados de reabilitação. Sinto que a minha permanência no serviço, durante os vários turnos que realizei, permitiu-me compreender a importância que tem, para o serviço e para os doentes, o facto dos enfermeiros de reabilitação terem o seu próprio espaço para praticar apenas os cuidados especializados de enfermagem de reabilitação. Penso que se tal for possível então os doentes não terão que “esperar” vários dias tendencialmente mais despersonalizados e perdendo a sua funcionalidade devido a uma maior imobilidade.

Há vários aspetos positivos a retirar destas duas experiências. Se por um lado permitiram que eu implementasse programas de reeducação funcional motora como forma de promover a funcionalidade dos doentes e potenciar a sua mobilidade, por outro lado permitiram-me também perceber a diferença que podem fazer os enfermeiros de reabilitação nos serviços de internamento, como promotores, disponíveis, da funcionalidade e autocuidado da pessoa. As intervenções que desenvolvi de forma a promover a mobilidade dos doentes, inicialmente mencionadas, vão ao encontro do preconizado pela OE, nomeadamente, “(...) os exercícios activos e passivos na amplitude do movimento, exercícios isométricos e actividades de autocuidado.” (Hoeman, 2000, p. 269).

A vivência destas experiências foi igualmente boa no sentido de me incentivar a sair da minha área de conforto e a preparar-me para saber realizar uma avaliação funcional do doente, iniciando de imediato um programa de reabilitação adequado e dirigido aos objetivos traçados. Os aspetos que considero negativos nestas duas experiências não se relacionam com as intervenções que executei em si, mas antes com os pensamentos e sentimentos que elas despertaram em mim, na medida em que consciencializo que esta é, provavelmente, uma realidade em muitos dos serviços de saúde do nosso País e tal realidade contribui para uma recuperação mais demorada, para a ocorrência de alterações noutras dimensões da funcionalidade da pessoa que poderiam não estar comprometidas previamente e, em última análise, para um maior tempo de internamento e possível necessidade de encaminhamento posterior para instituições de apoio na comunidade.

No caso da Sra. I.G. considero que a minha intervenção foi tão “banal” (considero “banal” porque não me faz sentido que, na sua situação, os cuidados de higiene sejam realizados de outra forma e que a doente não seja incentivada a mobilizar-se e a realizar tudo aquilo que realizava autonomamente antes de ser internada) que me surpreendeu pela positiva o facto de, para a doente, o cuidado que desenvolvi com ela e a atenção que lhe providenciei terem sido possivelmente o melhor momento que experienciou desde que estava no hospital. A sua expressão de felicidade, a sua prontidão para se levantar e para pegar no andarilho de forma a auxiliar a marcha, a sua força de vontade para finalmente se colocar debaixo do chuveiro e esfregar a cabeça com champô, para se pentear, dão sem dúvida sentido às nossas intervenções enquanto enfermeiro de reabilitação tornando aquilo que aparenta poder ser banal, num dia de treino para o doente, promovendo a sua adaptação à realidade onde estava inserido antes do internamento e para onde irá após a alta.

Também ainda no domínio do sentido que estas experiências tiveram para mim destaco a percepção com que fiquei sobre a consciência e até o medo que os próprios doentes têm do risco de comprometimento da sua funcionalidade enquanto estão mais imóveis ou confinados ao leito. No caso do Sr. A.R. o

objetivo dele era voltar a ter força nos membros inferiores para conseguir deambular novamente com o seu filho até à horta, porque era lá que gostava de passar uma parte dos seus dias. Como tal o doente era o primeiro a planear as vezes que iríamos realizar o treino de marcha durante os turnos e procurava ativamente realizar autonomamente exercícios de fortalecimento muscular quando se encontrava sozinho, entre os treinos, afirmando que tinha de ganhar força nos membros inferiores. Nos dias em que realizava o turno da tarde o doente recusava-se perante os colegas da equipa a ser transferido para o leito após o almoço, afirmando que ficaria à minha espera para realizar treino de marcha. Claro está que os colegas estavam informados previamente por mim e pela enfermeira orientadora de que nesse turno iríamos trabalhar com o doente. Também neste registo, relato a situação do Sr. J.B. que foi internado no dia 10/11/2017 com diagnóstico de AVC isquémico aparentemente sem sequelas ao nível sensório motor, e que realizou o primeiro levante comigo no dia 13/11/2017. Verifiquei que este doente apresentava força grau 5 segundo a escala *Medical Research Council Muscle Scale* em todos os segmentos dos membros inferiores e superior direito (amputado do membro superior esquerdo), que mantinha o equilíbrio e que se automobilizava autonomamente no leito. No entanto afirmava que o seu grande receio era perder a força nos membros inferiores durante o treino de marcha porque tinha estado 3 dias sempre em repouso no leito, praticamente sem realizar carga nos membros inferiores. Tranquilei o doente. Auxiliei-o a realizar o primeiro levante com apoio de tripé. Avaliei o seu equilíbrio na posição ortostática através do teste de Romberg e verifiquei que consegui manter a posição pelo menos durante 20 segundos. Progredimos então para treino de marcha, com o doente a deambular sem grande tendência para se desequilibrar, sendo inclusivamente capaz de deambular alguns passos sem necessidade de se apoiar no tripé. A sua motivação aumentou exponencialmente pelo facto de ter percebido que, ao fim de 3 dias mais imóvel no leito, sem fazer carga nos membros inferiores e após ter tido um AVC, era ainda capaz de deambular.

O sentido principal que retiro destas experiências é que, seja pelo medo seja por uma condição que implique a diminuição, real, da mobilidade da pessoa, a imobilidade compromete rapidamente a sua funcionalidade e verifico que quando esta é internada num serviço de saúde, há alguma tendência para

que as suas atividades sejam realizadas/substituídas pelos profissionais dos serviços. Em oposição, a vivência destas situações demonstrou-me que quanto mais precocemente iniciarmos o programa de enfermagem de reabilitação menos impacto a imobilidade terá na funcionalidade, mas também menos receios e medos terá o doente, contribuindo deste modo para a sua motivação e empenho. Adicionalmente verifico também, nestas situações, que quanto mais cedo iniciarmos a nossa intervenção, mais cedo teremos uma avaliação da funcionalidade da pessoa que poderá traduzir uma independência ou dependência parcial nos autocuidados, muitas vezes em situações em que a equipa de enfermagem poderia esperar existirem maiores limitações, ou seja, não adiar uma avaliação inicial do doente por exemplo com base no seu diagnóstico clínico parecer desfavorável.

Um dos aspetos que fui tendo o cuidado de validar ao longo dos vários contactos que tive com estes doentes foi a sua memória relativamente aos exercícios de mobilização que fui incentivando a realizarem ao longo dos turnos autonomamente. Fi-lo através do questionamento e solicitando para que os repetissem. No entanto refletindo agora sobre estas situações compreendo que a quantidade de exercícios que fui recomendando (naturalmente adequados a cada situação específica) foi grande com vários aspetos necessários a reter em cada um como o tipo de exercício, o número de repetições, de séries e o controlo da respiração durante os mesmos. Percebo agora que tal informação se torna certamente vasta podendo dificultar a sua integração por parte do doente e como tal o programa de reabilitação em si. Por exemplo no caso do Sr. A.R., este realizava autonomamente mobilizações ativas de flexão e extensão da articulação escapulo-umeral e de flexão e extensão da articulação coxo-femural e do joelho, no entanto quando estava com ele treinava exercícios adicionais como por exemplo os *push up's* na cadeira de rodas, os quais ele apenas se voltava a lembrar quando eu lhe recordava. Neste sentido compreendo que tenho de adaptar a minha estratégia futura de intervenção enquanto enfermeiro de reabilitação de modo a garantir que os doentes são capazes de manter um treino efetivo com vista à sua recuperação mesmo quando estão sozinhos na sua unidade. Penso que uma das estratégias futuras a adotar poderá passar pela criação de cartões com imagens individuais de cada exercício de mobilização de todos os segmentos

corporais, acompanhado de uma descrição textual do exercício, que possam ser entregues ao doente para que consiga visualizar novamente o exercício e assim seja capaz de o realizar, contribuindo deste modo para potenciar a sua mobilidade quer no internamento, quer após a alta. Em todo o caso considero que a transmissão da informação é um aspeto fundamental para a continuidade dos cuidados e igualmente para a continuidade dos programas de reabilitação pelo que em todas estas situações mantive a prática de deixar as notas de enfermagem de reabilitação escritas de forma detalhada no processo clínico do doente e de passar a informação na passagem de turno aos restantes colegas.

Finalizando esta reflexão, não posso deixar de a terminar sem clarificar que, evidentemente, tenho plena consciência de que por vezes estas atividades mais intensivas/desgastantes não estão indicadas de acordo com a situação clínica do doente. No entanto, é de todo fundamental combater também a tendência para a imobilidade destes doentes, adaptando medidas para que possam participar de alguma forma nos seus autocuidados, mantendo-os o mais ativos possível, dentro dos constrangimentos/limitações existentes.

Bibliografia:

- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas Cuidados à Pessoa com Alterações da obilidade – Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-24-0.
- Hoeman, S.P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e processo*. (2ª ed.). Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-13-4.

Apêndice IV – Processo de Enfermagem 1

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Processo de Enfermagem do Sr. V.M.P.

Tiago André de Sá Santos

Lisboa
Outubro 2017



Índice

1.	Introdução	4
2.	Colheita de dados	5
2.1	Identificação do doente	5
2.2	História de doença atual / Motivo do internamento	5
2.3	Antecedentes Pessoais	6
2.4	Cirurgias Anteriores	6
2.5	Medicação Habitual	6
2.6	Hábitos	7
2.7	Alergias	7
2.8	Diagnóstico Clínico	7
2.9	Exames Auxiliares de Diagnóstico	7
2.10	Data de internamento no Serviço	7
2.11	Situação familiar atual / Genograma	7
3.	Avaliação do Doente	8
3.1	MIF (Medida de Independência Funcional)	8
3.2	Índice de Barthel	9
3.3	ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form) ..	10
3.4	IIEF-5 (Índice Internacional da Função Erétil)	10
3.5	MRCDC (Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire) – Questionário de dispneia	10
4.	Caracterização das Necessidades Humanas Básicas	11
5.	Plano de Cuidados	13
6.	Conclusão	36
7.	Bibliografia	
Anexos 39		
Anexo I – Escala MIF		
Anexo II – Índice de Barthel		
Anexo III – Questionário ICIQ-SF		
Anexo IV – Questionário IIEF-5		
Anexo V – <i>Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire</i>		

Lista de Siglas

AVD – Atividades de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

HBP – Hipertrofia Benigna da Próstata

ICIQ-SF – *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form*

IIEF-5 – Índice Internacional da Função Erétil

LUTS – *Lower Urinary Tract Symptoms*

MIF – Medida de Independência Funcional

MRDCDC – *Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire*

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RTU-P – Recessão Transuretral da Próstata

1. Introdução

No âmbito da UC Estágio com Relatório – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação foi proposta a realização do processo de enfermagem de um doente inserido no contexto de Ensino Clínico que estou a frequentar neste momento, no serviço de urologia, com o objetivo de refletir a globalidade do doente e desenvolver assim as competências inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Para a sua realização escolhi um doente que viria a ser operado neste serviço e tive como base para a construção do plano de cuidados a teoria de Dorothea Orem que define que os indivíduos têm determinadas necessidades de cuidado, traduzindo-se em requisitos universais de autocuidado e, quando não são capazes de os desempenhar autonomamente, considera-se existir défice no autocuidado. O sistema em que atua o enfermeiro é definido, em cada intervenção, pela relação entre a ação do enfermeiro e a ação do doente. Deste modo, uma avaliação completa do doente permitirá identificar se há défice de autocuidado atual ou se o doente está em risco de o desenvolver.

Irei começar por apresentar a colheita de dados realizada onde englobei toda a informação relevante que permitiu levantar os diagnósticos de enfermagem e planear os cuidados. Englobo também nesta parte as escalas de avaliação que utilizei para a caracterização do doente. Realço que utilizei a escala IIEF-5 (Índice Internacional da Função Erétil) que, apesar de não se encontrar validada para a população portuguesa, é utilizada pelos enfermeiros de reabilitação deste serviço e é sustentada por literatura científica portuguesa que demonstra a importância da sua utilização. Posteriormente apresentarei o plano de cuidados devidamente estruturado e, por fim, as conclusões.

Como forma de organizar e facilitar a consulta da caracterização do doente, apresentarei os dados colhidos esquematizados de acordo com as necessidades humanas fundamentais definidas por Virgínia Henderson.

O plano de cuidados foi elaborado utilizando como linguagem a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), no entanto com algumas adaptações em virtude de algumas das intervenções implementadas não estarem codificadas neste sistema de linguagem. Tais adaptações estão devidamente identificadas com o símbolo “*” (asterisco).

2. Colheita de dados

Identificação do doente

Nome: V.M.P.

Sexo: Masculino.

Idade: 68 anos.

Etnia: Caucasiano.

Nacionalidade: Português.

Estado civil: Divorciado.

Profissão: Reformado (trabalhava como serralheiro).

Pessoa significativa: Filha.

História de doença atual / Motivo do internamento

É seguido atualmente na consulta de andrologia por apresentar disfunção erétil e na consulta de urologia por hipertrofia benigna da próstata (HBP) com impacto no esvaziamento vesical, motivo este pelo qual vai ser submetido a ressecção transuretral da próstata (RTU-P) no dia 10/10/2017. Foi encaminhado para esta consulta pelo seu médico de família. Atualmente o doente refere queixas de noctúria, urinando cerca de 5 vezes por noite. Durante o dia urina com intervalos entre 2 a 3 horas, apresentando jacto urinário muito fraco e sensação de esvaziamento vesical incompleto no final da micção. Realizou urocultura que se revelou negativa para infeção do trato urinário. Nega hematúria. Nega incontinência urinária.

A RTU-P é um procedimento cirúrgico que consiste, como o próprio nome indica em realizar uma recessão (remoção) do tecido prostático que obstrói a uretra, através de corte e coagulação dos tecidos, utilizando-se para esta cirurgia uma abordagem transuretral (através da uretra). Durante o procedimento o doente é posicionado em posição de litotomia. Após a cirurgia o doente fica algaliado com algália de 3 vias de calibre entre ch20 e ch22 de modo a promover a drenagem de hematúria e coágulos e a possibilitar a realização de lavagens vesicais manuais. (Martins, Madeira, 2012; Patrão,

Nunes, 2012). Em doentes com HBP que apresentem sintomas urinários que interfiram na qualidade de vida do doente, este procedimento é considerado a cirurgia *gold standart*, estando indicada para doentes que apresentem um volume prostático máximo entre 70 a 80 cm³. (Mendonça, 2012).

Antecedentes Pessoais

- HTA;
- Dislipidémia;
- HBP;
- História de hérnias inguinais bilaterais;
- Doença hemorroidária;
- Síndrome de apneia obstrutiva do sono, a realizar APAP noturno por máscara facial (seguido em consulta de patologia respiratória de sono);
- Tem episódios anteriores de vinda ao serviço de urgência, sendo os 2 últimos episódios motivados por queixas de cefaleia + parestesias + alterações da visão + apagamento do sulco naso-geniano + desvio da comissura labial. Sem alterações da força e da sensibilidade. No primeiro episódio desistiu de esperar para ser avaliado e regressou ao domicílio. No segundo episódio realizou TC que não revelou alterações e análises laboratoriais às enzimas cardíacas que também não revelaram alterações. Ficou sem diagnóstico associado.

Cirurgias Anteriores

Hernioplastia inguinal esquerda (14/02/2014) e direita (13/05/2016).

Medicação Habitual

Nifedipina 30mg; Sinvastatina 20mg; Combodart; Permixon; Lisinopril 20mg; Cloreto de tróspio; Diazepam 5mg; Esomeprazol 20mg.

Hábitos

Ex-fumador, 100 UMA (deixou de fumar em Janeiro de 2016 por iniciativa própria sem frequentar nenhum programa de cessação tabágica); Hábitos alcoólicos moderados até 2006.

Alergias

Desconhece

Diagnóstico Clínico

LUTS (*lower urinary tract symptoms*) provocados por HBP.

Exames Auxiliares de Diagnóstico

Ecografia prostática em 2016 que revelou: próstata com 66cc; quisto espermático com 3cm e hidrocele ligeiro, verificado também em consulta médica por aumento de volume do testículo direito, assintomático.

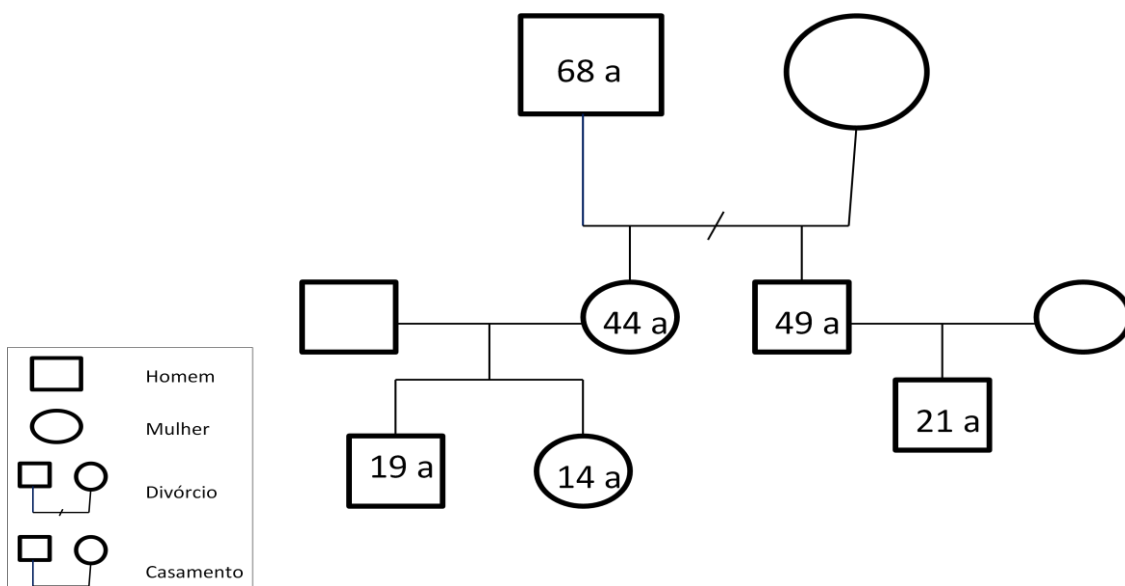
Rx Tórax pré-operatório realizado a 09/10/2017: Incidência postero-anterior; imagem centrada; bem visíveis os seios costofrénicos e cardiofrénicos; intensidade da radiação – bem penetrado; bem inspirado;

Data de internamento no Serviço

09/10/2017

Situação familiar atual / Genograma

Vive sozinho, sendo independente na realização das suas AVD. É divorciado e tem 2 filhos, um do sexo masculino com 49 anos e outro do sexo feminino com 44 anos. Os filhos moram perto da sua residência. Tem 3 netos com 21, 19 e 14 anos, dois do sexo masculino e uma do sexo feminino. Afirma que não tem uma companheira fixa.



3. Avaliação do Doente

3.1 MIF (Medida de Independência Funcional)

Data de Avaliação	09/10/2017	16/10/2017	24/10/2017
Autocuidados			
Alimentação	7	7	7
Higiene Pessoal	7	7	7
Banho	7	7	7
Vestir metade superior	7	7	7
Vestir metade inferior	7	7	7
Utilização da sanita	7	7	7
Controlo dos Esfíncteres			
Bexiga	7	7	7
Intestino	7	7	7
Mobilidade/Transferências			
Leito; Cadeira; Cadeira de rodas	7	7	7
Sanita	7	7	7
Banheira; Duche	7	7	7
Locomoção			
Marcha/Cadeira de rodas	7	7	7

Escadas	7	7	7
Comunicação			
Compreensão	7	7	7
Expressão	7	7	7
Consciência do mundo exterior			
Interação social	7	7	7
Resolução dos problemas	7	7	7
Memória	7	7	7
Score Total	126	126	126

3.2 Índice de Barthel

Data de Avaliação	09/10/2017	16/10/2017	24/10/2017
1	10	10	10
2	15	15	15
3	5	5	5
4	10	10	10
5	5	5	5
6	15	15	15
7	10	10	10
8	10	10	10
9	10	10	10
10	10	10	10
Score Total	100	100	100

3.3 ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form)

Data de Avaliação	09/10/2017	16/10/2017	16/10/2017
3 Frequência	0	0	0
4 Quantidade	0	0	0
5 Impacto	0	0	0
6 Quando perde urina?	Nunca	Nunca	Nunca
Score Total	0	0	0

3.4 IIEF-5 (Índice Internacional da Função Erétil)

Data de Avaliação	09/10/2017
1	2
2	1
3	1
4	1
5	1
Score Total	6 (DE grave)

3.5 MRCDC (Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire) – Questionário de dispneia

Data de Avaliação		
09/10/2017	16/10/2017	24/10/2017
Grau 1 - Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado.	Grau 1 - Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado.	0 – Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso.

4. Caracterização das Necessidades Humanas Básicas

- **Respirar**

Doente nega dispneia a esforços. Apresenta queixas de expetoração, segundo ele, mucosa e esbranquiçada, persistente desde que deixou de fumar. Por vezes com necessidade de recorrer a medicação expetorante. Realiza APAP noturno por síndrome de apneia obstrutiva do sono. Durante o dia não necessita de realizar aporte adicional de oxigénio, no entanto refere que agora se cansa mais do que anteriormente.

- **Comer e beber**

Alimenta-se autonomamente, sendo capaz de preparar as suas refeições em casa. Ingere cerca de 1.5L a 2L de água por dia.

- **Eliminar**

Refere queixas de nocturia, urinando cerca de 5 vezes por noite. Durante o dia urina com intervalos entre 2 a 3 horas, apresentando jacto urinário muito fraco e sensação de esvaziamento vesical incompleto no final da micção. Nega hematúria. Nega incontinência urinária.

- **Movimentar-se e manter uma postura correta**

É capaz de movimentar-se e de manter uma postura correta sem limitações.

- **Dormir e descansar**

Antes de utilizar o APAP, refere que acordava com cefaleias e com sensação de cansaço extremo. Desde que iniciou APAP refere que consegue dormir, sendo no entanto o sono interrompido pelas queixas urinárias.

- **Vestir-se e despir-se**

Autónomo neste autocuidado.

- **Manter a temperatura corporal nos limites normais**

Autónomo neste autocuidado.

- **Higiene corporal e integridade da pele**

Autónomo neste autocuidado.

- **Evitar os perigos**

É capaz de aplicar medidas para evitar perigos, manifestado por acender as luzes de casa quando se levanta durante a noite para urinar.

- **Comunicar com os seus semelhantes**

Muito comunicativo e expressivo quer com os profissionais do serviço, quer com os outros doentes internados no serviço.

- **Agir de acordo com as suas crenças e valores**

Autónomo neste autocuidado.

- **Trabalhar / ocupar-se com vista a realizar-se**

É reformado, ocupando-se com as tarefas domésticas.

- **Recrear-se**

Gosta de sair de casa e encontrar-se com os seus amigos. Durante o internamento deambula pelo serviço procurando locais onde estejam mais pessoas para poder conversar.

- **Aprender**

Demonstra grande interesse em aprender. Apresenta espontaneamente as suas dúvidas e é capaz de reproduzir na prática, os cuidados/ técnicas que aprende.

- **Sexualidade**

Seguido em andrologia desde 2016 por disfunção erétil. Refere que esta situação lhe causa ansiedade e sentimentos de vergonha. Refere que tem a libido e o orgasmo mantidos. Apresenta diminuição do ejaculado que associa o

início da terapêutica com combodart. Nega tumescência matinal. Refere que o pênis praticamente não fica rígido quando quer ter uma ereção, insuficiente para a penetração. Também está convicto que estas queixas iniciaram como consequência da toma de combodart. Já foi prescrita a toma de spedra 200mg que o doente não experimentou derivado aos elevados custos monetários desta terapêutica. Tem receio que a cirurgia agrave esta sua condição.

5. Plano de Cuidados

Data	Foco/Juízo	Objetivos	Intervenções	Avaliação
09/10	Trocas gasosas comprometidas, Risco de	<p>- Otimizar as trocas gasosas</p> <p>- Capacidade para autocontrolo do padrão respiratório demonstrada.</p>	<p>- Executar exame objetivo do tórax;*</p> <p>- Auscultar tórax;</p> <p>- Executar leitura do Rx tórax pré-operatório;*</p> <p>- Avaliar esforço respiratório em repouso;</p> <p>- Vigiar a ventilação;</p> <p>- Vigiar a respiração;</p> <p>- Avaliar conhecimento sobre técnica de posicionamento para otimizar a ventilação;</p> <p>- Avaliar a capacidade para usar técnica respiratória para otimizar a ventilação;</p> <p>- Avaliar dispneia através do questionário MRCDC (<i>Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire</i>);*</p> <p>- Executar programa de RFR *:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treinar controlo da respiração (através da dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase na fase expiratória) *; • Reeducação abdominodiafragmática posterior; 	<p>09/10/2017 (pré-op.)</p> <p>- Doente eupneico em ar ambiente, com FR de 21 cpm. Sem sensação de dispneia em repouso e aos esforços. Sem uso dos músculos acessórios. Verifico a presença de um tempo expiratório curto (dado os antecedentes tabágicos). Avaliei saturações de O2 de 95%, sem aporte adicional de O2.</p> <p>- Realizei o exame objetivo do tórax: Inspeção – tórax aparentemente simétrico, com uma respiração predominantemente torácica; palpação- não se verifica presença de deformidades; precursão- som timpânico em todos os campos pulmonares.</p> <p>- Rx Tórax com Incidência postero-anterior; imagem centrada; bem visíveis os seios costofrénico e cardiofrénico bilateralmente; intensidade da radiação – bem penetrado; bem inspirado</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Reeducação da hemicúpula diafragmática direita; • Reeducação da hemicúpula diafragmática esquerda; • Reeducação diafragmática com associação de exercícios de extensão e flexão da articulação coxo-femural*. • Reeducação costal inferior direita; • Reeducação costal inferior esquerda; • Abertura costal global; • Abertura costal seletiva à direita; • Abertura costal seletiva à esquerda; <p>- Incentivar o uso das técnicas respiratórias;</p> <p>- Instruir sobre posição de descanso e relaxamento para otimizar a ventilação;</p> <p>- Avaliar conhecimentos do doente sobre o APAP*;</p> <p>- Avaliar a capacidade de gerir a oxigenoterapia noturna;</p>	<p>- Não foi possível, nesta avaliação, realizar auscultação;</p> <p>- Apliquei questionário MRCDC, doente grau 1.</p> <p>- Realizei ensino sobre o controlo da respiração, através da dissociação dos tempos respiratórios, explicando a importância de aumentar o tempo da expiração. O doente treinou esta técnica, primeiro dirigida pelo meu comando verbal e depois autonomamente. Incentivei o uso desta técnica durante o procedimento cirúrgico dada a anestesia planeada ser loco-regional.</p> <p>- Realizei ensino sobre os exercícios de reeducação diafragmática com associação de flexão e extensão da articulação coxo-femural. Possibilitei que treinasse a técnica com supervisão e incentivei a realizá-la autonomamente quando estiver em repouso</p>
--	--	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o uso das técnicas respiratórias; - Monitorizar a saturação de oxigénio sanguíneo com o oxímetro de pulso; 	<p>no leito.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não trouxe o APAP para o internamento mas já solicitou à filha que o vai trazer. Em casa é autónomo na sua utilização, referindo no entanto que não o utiliza sempre, sem motivo associado. Incentivei a sua utilização fazendo sobressair as suas vantagens. <p>13/10/2017 (pós-op.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apliquei questionário MRCDC, doente grau 1. - Antes de realizar APAP noturno no domicílio, por vezes acordava durante a noite com sensação de dispneia e ia à janela respirar ar fresco. Desconhece outras medidas facilitadoras. Realizei ensino, através da demonstração, sobre 2 posições de descanso e relaxamento para otimizar a ventilação: 1. sentado numa cadeira com os pés apoiados, com os membros superiores
--	--	--	--	--

				<p>em extensão sobre a mesa, o tronco fletido sobre a mesa e a cabeça apoiada sobre almofadas; 2. de pé, com ligeira flexão da articulação dos joelhos, a região sagrada encostada a uma parede, ligeira flexão dorso-lombar + depressão da escapulo-umeral e flexão da cabeça.</p> <p>- Possibilitei ao doente treinar estas duas posições.</p> <p>- Realizei auscultação pulmonar, dentro da normalidade: murmúrio vesicular mantido sem presença de ruídos adventícios em todos os campos pulmonares, sendo mais audível ao nível do lobo médio esquerdo através da região dorsal.</p> <p>16/10/2017</p> <p>- Doente mantém-se sem alterações do seu estado geral. Avaliei saturações de O2 em 97%, sentado na cadeira. Deambulou com a</p>
--	--	--	--	---

				<p>minha supervisão até ao gabinete de consulta, sem intercorrências e sem referir sensação de dispneia, nem cansaço. Avaliei novamente saturações de O2 em 95%.</p> <p>24/10/2017</p> <p>- Doente mantém-se sem alterações. Refere que não tem dispneia, no entanto afirma que nos dias em que tem muita atividade sente maior cansaço no final do dia. Durante o dia refere que realiza as suas atividades habituais sem sentir qualquer limitação do ponto de vista respiratório.</p> <p>- Hoje veio de autocarro para o hospital, implicando que percorra uma longa distância a pé desde a paragem de autocarro até ao hospital de dia. À chegada apresenta-se eupneico, sem sensação de cansaço. Avaliadas saturações de O2 em 96% sem aporte adicional de O2.</p>
--	--	--	--	--

				- Apliquei questionário MRCDC, doente grau 0.
09/10	Capacidade para gerir o cateter urinário comprometida.	- Que o doente seja capaz de manipular de forma segura e eficaz o cateter vesical.	- Instruir o doente sobre o cateter vesical;* - Treinar com o doente a manipulação do cateter vesical e despejo;* - Instruir sobre os sinais de compromisso da drenagem;* - Incentivar o uso de técnicas para não obstrução da drenagem;*	09/10/2017 - Refere que nunca esteve algaliado anteriormente. Sabe e explica qual a função do cateter vesical. - Expliquei a razão de ficar algaliado e como a algália é fixada internamente. Expliquei os cuidados a ter após a cirurgia relativos à manutenção da drenagem funcionante, mais concretamente: a importância de evitar que ocorram dobras ao longo do cateter e do prolongamento do saco coletor de urina; a importância do reforço de líquidos; e a necessidade de vigiar o funcionamento da drenagem através da observação do saco coletor de urina. - Permiti que o doente manipulasse um cateter vesical e um saco coletor para se familiarizar com os dispositivos e aprender

				<p>previamente a manipulá-los.</p> <p>13/10/2017</p> <p>- Está algaliado com algália silicone ch22, 3 vias. Demonstra na prática a aquisição dos conhecimentos transmitidos no pré-operatório, manifestando através da preocupação frequente de verificar se a drenagem está ou não funcionando. Afirma que no dia 11/10/2017 verificou a presença de coágulos na tubuladura e pouco débito no saco coletor de urina, tendo solicitado a avaliação da enfermagem, com necessidade de realizar lavagem vesical manual.</p> <p>15/10/2017</p> <p>Doente foi desalgaliado. Diagnóstico encerrado.</p>
09/10	Autocontrolo:	- Que o doente	- Avaliar o autocontrolo da continência urinária aplicando o questionário ICIQ-SF e a escala MIF	<p>09/10/2017</p> <p>- Refere que é totalmente continente. Nega</p>

	<p>continência urinária ineficaz, Risco de</p>	<p>apresente capacidade e para manter o autocontrolo: continência urinária.</p>	<p>no pré-operatório, 24h após a remoção do cateter vesical e 1 semana após a remoção;*</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar se é capaz de iniciar e interromper o jacto de urina; - Avaliar se consegue chegar ao WC após sentir vontade de urinar; - Avaliar o uso de terapêutica; - Executar programa de Reeducação Funcional Urinária:* • Incentivar o doente a executar a eliminação urinária antes do sono; • Ensinar o doente sobre os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica;* • Treinar com o doente os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica;* • Incentivar o doente a treinar a interrupção do jacto urinário* - Ensinar o doente sobre os produtos de apoio para absorção de urina existentes.* 	<p>urgência miccional. Refere que consegue parar o jacto urinário voluntariamente durante as micções.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apliquei questionário ICIQ-SF e escala MIF. Score ICIQ-SF (0+0+0 = 0). Score MIF: total = 126; score relativo ao controlo de esfíncteres = 7 (independência completa). - Expliquei que um dos riscos do procedimento cirúrgico é a incontinência urinária nos dias após a desalgaliação. - Realizei ensino sobre os dispositivos de absorção de urina existentes, aconselhando o penso masculino em caso de necessidade; - Verifiquei, através de treino com o doente em decúbito dorsal, que consegue contrair corretamente a musculatura do pavimento pélvico. Expliquei os três sinais de correta realização dos exercícios. - Incentivei o doente a realizar várias tentativas de paragem do jacto urinário
--	--	---	---	---

				<p>durante este dia para interiorizar corretamente quais os músculos que deverá treinar o pós-operatório.</p> <p>16/10/2017</p> <p>-Doente desalgaliado à 24h. Totalmente continente. Score ICIQ-SF (0+0+0 = 0). Score MIF: total = 126; score relativo ao controlo de esfíncteres = 7 (independência completa).</p> <p>-Validei através do questionamento que ainda se recordava do ensino sobre os exercícios de Kegel. O doente treinou novamente com supervisão. Verifiquei que executa a técnica correta. Incentivei a realizar 3 séries diárias de 10 contrações cada, com tempo de contração de 10 segundos e tempo de relaxamento de 5 segundos, de modo a fortalecer a musculatura pélvica. Recomendei a</p>
--	--	--	--	--

				<p>execução destes exercícios na posição de sentado e de pé. Regressa a 24/10 para reavaliação.</p> <p>24/10/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desalgaliado há 9 dias. Refere que mantém-se totalmente continente. - Apliquei questionário ICIQ-SF e escala MIF. Score ICIQ-SF (0+0+0 = 0). Score MIF: total = 126; score relativo ao controlo de esfíncteres = 7 (independência completa). - Refere que, como não tem incontinência urinária. Não tem cumprido o esquema de exercícios de fortalecimento pélvico recomendado. No entanto refere que diariamente lembra-se dos exercícios e realiza-os nessas alturas. Confirmei, através do questionamento, que é capaz de nomear os sinais de correta realização dos exercícios. Incentivei o doente a realizar os
--	--	--	--	--

				exercícios, reforçando a sua importância a longo prazo.
09/10	Infeção do trato urinário, Risco de	- Que o doente saiba executar medidas preventivas.	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir o doente sobre os cuidados de higiene genital;* - Treinar com o doente a manipulação do cateter vesical e despejo, promovendo a sua autonomia;* - Incentivar o reforço de ingestão de líquidos;* - Ensinar o doente sobre sinais e sintomas de infeção. - Ensinar a realização de colheita asséptica de urina.* 	<p>09/10/2017 (pré-op.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizei ensino sobre como manipular o cateter vesical e saco de drenagem, sobre os sinais que podem indicar o desenvolvimento de infeção do trato urinário, neste caso em concreto a pirexia, piúria, dor perineal e exsudado purulento extra-algália. - Esclareci o doente sobre a necessidade de manter os cuidados de higiene à região genital. - Possibilitei que o doente manipulasse um cateter vesical e um saco coletor para se familiarizar com os dispositivo e aprender previamente a manipulá-los. - Incentivei a realização de reforço hídrico. <p>13/10/2017 (pós-op.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doente tem realizado autonomamente os

				<p>cuidados de higiene genital pelo menos 2 vezes ao dia;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tem realizado, desde a cirurgia, ingestão hídrica de cerca de 2L por dia, contabilizando através de 2 garrafas de 1.5L de água que tem na sua unidade; - Sem qualquer queixa sintomática. <p>16/10/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desalgaliado ontem. Refere polaquiuria e disúria no entanto a melhorar significativamente (ontem o intervalo entre as micções era de 30 minutos e hoje é de 1h30). Incentivei o reforço hídrico. Tem alta com prescrição médica para realizar urocultura. Regressa a 24/10 para reavaliação. <p>24/10/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refere que já não tem queixas de
--	--	--	--	--

				<p>polaquiuria. Mantém períodos de disúria, com melhoria significativa das queixas face à avaliação realizada no dia 16/10, que ocorrem quando passa mais tempo do que o seu habitual sem urinar e/ou sem ingerir líquidos. Está a realizar a toma de antibiótico (Unidrox 600mg 24/24h) prescrito no momento da alta, que termina amanhã. Tranquilei o doente e expliquei que estas queixas estarão relacionadas com o procedimento e com o processo de cicatrização da uretra;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivei novamente a ingestão de líquidos; - Validei, através do questionamento, que o doente não se recordava da urocultura prescrita pelo urologista. Entreguei novamente a requisição a solicitar a realização de análise assética da urina para o dia 24 de Novembro de 2017. Realizei
--	--	--	--	--

				ensino sobre os cuidados a ter na realização da colheita de urina assética.
09/10	Ansiedade Atual	- Diminuição da ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> - Escutar o doente; - Ensinar o doente sobre a sua doença; - Ensinar o doente sobre a cirurgia;* - Ensinar o doente sobre o pós-operatório expectável;* - Esclarecer dúvidas;* - Treinar controlo da respiração (através da dissociação dos tempos respiratórios). 	<p>09/10/2017 (pré-op.)</p> <p>Realizada escuta ativa. Doente verbalizou sentir “alguma ansiedade”(sic) por falta de conhecimento sobre a cirurgia e possíveis implicações ao nível da eliminação urinária e principalmente com receio de não voltar a conseguir satisfazer a sua sexualidade. Esclareci as suas dúvidas e expliquei-lhe o objetivo da cirurgia, o procedimento cirúrgico e as alterações expectáveis no pós-operatório.</p> <p>Incentivei o doente a realizar o controlo da respiração, através da dissociação dos tempos respiratórios, inspirando pelo nariz e expirando com os lábios semicerrados prolongando o tempo expiratório quando se sentir mais ansioso e durante o tempo em que estiver a ser operado dado que será</p>

				<p>administrada anestesia loco-regional.</p> <p>Doente verbalizou sentir-se menos ansioso agora que as suas dúvidas foram esclarecidas.</p>
09/10	Impotência sexual atual		<ul style="list-style-type: none"> - Escutar o doente; - Avaliar o doente através da aplicação do questionário IIEF-5;* - Esclarecer dúvidas; - Promover o comportamento de procura de saúde; 	<p>09/10/2017 (pré-op.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizei escuta ativa. Refere que tem a libido e o orgasmo mantidos. Apresenta diminuição do ejaculado e ausência de rigidez peniana o que impossibilita a penetração. Nega tumescência matinal. As queixas surgiram associadas ao início da terapêutica com Combodart (dados os sintomas prostáticos). Na consulta de andrologia foi prescrito a toma de speda 200mg, que o doente não testou dado o custo do medicamento. Não regressou a nova consulta de andrologia. - Apliquei questionário IIEF-5 com score total= 6 (disfunção erétil grave). - Esclareci o doente sobre as dúvidas que

				<p>apresenta face à função sexual após esta cirurgia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promovi o comportamento de procura de saúde, incentivando o doente a regressar às consultas de andrologia e, para avaliar junto do seu urologista a possibilidade de suspender a toma de Combodart após a cirurgia. - Reforcei ao doente a indicação médica presente em protocolo do serviço que recomenda a abstenção sexual nos 30 dias após a realização da RTU-P.
11/10	<p>Limpeza da via aérea comprometida, Risco de</p>	<p>- Que o doente seja capaz de manter a limpeza eficaz das vias aéreas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o reflexo de tosse; - Auscultar tórax; - Vigiar expectoração; - Avaliar conhecimento sobre a técnica da tosse; - Ensinar o doente sobre técnica da expiração forçada; - Ensinar o doente sobre o ciclo ativo de técnicas respiratórias (CATR);* 	<p>09/10/2017 (pré-op.)</p> <p>Apresenta reflexo da tosse mantido.</p> <p>Refere que não tem tido expectoração ultimamente, mas que por períodos tem necessidade de expetorar sentido por vezes dificuldade na progressão das secreções através das vias aéreas superiores.</p>

			<p>- Incentivar a ingestão de líquidos.</p>	<p>13/10/2017 (pós-op.)</p> <p>-Mantém-se sem expetoração. Desconhece técnicas facilitadoras da mobilização de secreções.</p> <p>- Realizei auscultação pulmonar, dentro da normalidade: murmúrio vesicular mantido sem presença de ruídos adventícios em todos os campos pulmonares.</p> <p>-Realizei ensino sobre a técnica de expiração forçada, que o doente conseguiu realizar sobre a minha supervisão.</p> <p>-Realizei ensino sobre o CATR (ciclo ativo de técnicas respiratórias);</p> <p>-Expliquei ao doente a importância de aumentar a ingestão de líquidos para fluidificar as secreções.</p> <p>16/10/2017</p> <p>- Mantém-se sem expetoração.</p> <p>- Validei, através do questionamento e</p>
--	--	--	---	---

				<p>supervisão de treino, que ainda se recorda dos ensinamentos que realizei sobre a técnica da expiração forçada e sobre o CATR.</p> <p>24/10/2017</p> <p>- Mantém-se sem expectoração. Refere que não teve necessidade até agora de mobilizar as técnicas de limpeza das vias aéreas, mas é capaz de as nomear.</p>
16/10	Eliminação urinária comprometida	<p>- Restabelecimento do padrão urinário habitual do doente prévio à cirurgia.</p>	<p>- Avaliar o autocontrolo da continência urinária aplicando o questionário ICIQ-SF e a escala MIF;*</p> <p>- Avaliar se consegue chegar ao WC após sentir vontade de urinar;</p> <p>- Avaliar sensação de esvaziamento vesical incompleto;*</p> <p>- Avaliar frequência urinária;*</p> <p>- Avaliar noctúria;*</p> <p>- Avaliar disúria;*</p> <p>- Avaliar hematúria;*</p>	<p>16/10/2017 (pós-op.)</p> <p>Desalgaliado há 24h. Nega incontinência urinária. Queixa de noctúria e polaquiúria (ontem o intervalo entre as micções era de 30 minutos e hoje é de 1h30) aparente melhoria. Queixas de disúria, hoje já melhorada. Tem sensação de esvaziamento incompleto o que o levou a urinar sentado na sanita e esperando alguns segundos após término do jacto urinário para promover o esvaziamento completo. Refere que o jato</p>

			<p>- Avaliar jato urinário;*</p> <p>- Executar programa de Reeducação Funcional Urinário:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar o doente a executar a eliminação urinária antes do sono; • Ensinar a planejar a ingestão de líquidos; • Ensinar técnica de treino vesical; • Ensinar manobra de Credé. 	<p>urinário é mais forte do que antes da cirurgia embora verifique pouca melhoria. Refere queixas de urgência urinária.</p> <p>- Apliquei questionário ICIQ-SF e escala MIF. Score ICIQ-SF (0+0+0 = 0). Score MIF: total = 126; score relativo ao controlo de esfíncteres = 7 (independência completa).</p> <p>- Incentivei o doente a estipular uma micção sempre imediatamente antes de ir dormir.</p> <p>- Realizei ensino ao doente sobre a importância de autorregular a ingestão de líquidos diariamente consoante o tipo de atividades que tem planeado. Reforcei a importância de diminuir o aporte de líquidos a partir das 18h para diminuir a incidência da nocturia.</p> <p>-Ensinei o doente sobre a importância de realizar treino vesical, utilizando técnicas de distração quando surge o desejo miccional e assim espaçar o tempo entre as micções.</p>
--	--	--	--	--

				<p>-Incentivei o doente a urinar sentado na sanita para facilitar a drenagem de urina e ensinei a manobra de Credé para potenciar o esvaziamento vesical mais completo. O doente treinou esta manobra com sucesso. Regressa a 24/10 para reavaliação.</p> <p>24/10/2017</p> <p>- Refere melhoria ao nível da eliminação urinária. Já sem queixas de polaquiuria, afirmando que agora já consegue espaçar as micções urinando em quantidade que considera o seu habitual. Relata no entanto um aumento da frequência urinária associada a períodos de maior ingestão de líquidos e maior atividade no dia-a-dia. Esta frequência diminui quando está em repouso no domicílio. Mantém queixas de nocturia embora com melhoria significativa (urina cerca de 2 a 3 vezes por noite). Sem disúria</p>
--	--	--	--	--

				<p>nem hematúria.</p> <p>- Não tem adaptado a ingestão de líquidos diariamente. Refere que ingere 1/2 L de água durante a manhã e 1/2L durante a tarde. Questionou-me como poderá realizar esta adaptação da ingestão de líquidos. Reforcei o ensino anteriormente realizado sobre a importância de manter a ingestão hídrica recomendada na literatura de 1.5L por dia e de adaptar esta ingestão de acordo com as suas atividades diárias, planeando esta ingestão a cada dia. Dei o exemplo de promover o reforço de líquidos nos períodos em que está mais relaxado e que tem um wc por perto, por exemplo, quando está no domicílio. Recomendei a diminuição do aporte de líquidos a partir do período compreendido entre as 18h e as 19h, de forma a diminuir a melhorar as queixas de nocturia.</p>
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none">- Afirma que implementou as medidas comportamentais de treino vesical que eu recomendei. Avalio que as mesmas tiveram eficácia na medida em que o doente refere que agora consegue já aguentar bem a sensação de plenitude vesical, sem passar a uma situação de urgência urinária (queixa que referia no passado dia 16/10/2017).- Nota já melhoria do jacto urinário, não necessitando de realizar esforço muscular para promover o esvaziamento vesical. Neste sentido já não necessita de se sentar para urinar, nem de realizar a manobra de Credé que ensinei na sessão anterior. Já suspendeu a toma de combodart referindo que agora o jacto urinário é igual a quando realizava a sua toma. Recordo que antes de realizar esta medicação o doente queixava-se de ausência de jato urinário, urinando apenas por gotejamento.
--	--	--	--	--

6. Conclusão

A construção do processo de enfermagem é, a meu ver, uma ferramenta fundamental que permite organizar, fundamentar a intervenção e avaliar os resultados da prática de enfermagem, não se esgotando num determinado momento, mas sim acompanhando a evolução do doente ao longo dos vários contactos. Deste modo, é igualmente considerado como ferramenta indispensável à prática da enfermagem de reabilitação.

A elaboração deste processo de enfermagem permitiu-me articular e mobilizar, de uma forma palpável (traduzindo-se neste documento), o aporte teórico com o qual fui construindo o meu conhecimento, como as aulas das várias unidades curriculares do primeiro e segundo semestre letivo, as pesquisas bibliográficas realizadas no âmbito da construção do projeto de estágio e outras pesquisas adicionais que necessitei de realizar, aplicando este conhecimento no contexto da prática de enfermagem de reabilitação e avaliando os seus resultados. Todo este processo revelou-se ser essencial na medida em que me permitiu trilhar o caminho do desenvolvimento de competências do EEER a que me propus.

Para realizar a avaliação/colheita de dados do doente privilegiei o uso de escalas de avaliação, sempre que foi oportuno, quer por ser um dos aspetos diferenciadores da atividade do EEER, quer por pessoalmente, considerar ser de extrema importância objetivar as nossas avaliações e intervenções, traduzindo-as em critérios palpáveis, passíveis de serem analisados. Neste sentido, tive a oportunidade de mobilizar as seguintes escalas: Medida de Independência funcional; Índice de Barthel; ICIQ-SF; IIEF-5 e MRCDC.

Articulando este processo de enfermagem com a teoria de Dorothea Orem, escolhida por mim como linha orientadora neste processo formativo, posso afirmar que a problematização dos diagnósticos de enfermagem que levantei foram ao encontro daqueles que são definidos como os requisitos básicos do autocuidado estando a pessoa, segundo Orem, numa situação de défice de autocuidado quando não os consegue satisfazer. Neste caso concreto, os diagnósticos de enfermagem que levantei enquadraram-se naqueles que foram os requisitos de autocuidado que identifiquei como comprometidos, mas

também os que identifiquei como estando em risco de comprometimento. À luz da Teoria dos Sistemas em Enfermagem de Orem, a minha atividade com este doente desenvolveu-se, nos vários momentos de contacto, segundo o sistema de apoio-educação, conferindo ao doente a responsabilidade de executar o autocuidado e ao enfermeiro a responsabilidade de regular e supervisionar a sua realização (Taylor, 2004).

Por último, torna-se fundamental mencionar que o processo de enfermagem não se deverá esgotar no momento da alta do doente, mas sim acompanhá-lo dando continuidade até que todas os seus requisitos do autocuidado estejam satisfeitos. Neste sentido, considero ser essencial que este processo de enfermagem de reabilitação seja construído com o doente ajudando-o a definir objetivos que sejam reais e progressivos. Assim, neste caso em concreto o diagnóstico levantado relacionado com as alterações manifestadas relativas à vivência da sexualidade (Impotência sexual atual), é de extrema relevância no âmbito de intervenção do EEER. No entanto, devido ao pós-operatório imediato e pelas próprias indicações médicas de abstinência sexual após a cirurgia, os objetivos traçados com o doente para a satisfação desta necessidade tiveram de ser estabelecidos a médio prazo e não no imediato.

7. Bibliografia

Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem os Enfermeiros.

Direção-Geral da Saúde (2009). Circula Informativa nº 40A/DSPCD2011 de 27/10/2009 – *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2011). *Norma nº 054/2011 de 27/12/2011 – Acedente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Heitor, M. C., Canteiro, M., C., Ferreira, J., Olazabal, M., Maia, M., (1985). *Reeducação Funcional Respiratória*. Lisboa: Boehringer.

Martins, O., Madeira, C., (2012). Cirurgia Endoscópica do Baixo e do Alto Aparelho. Cirurgia Percutânea. In M.M. Silva, A. Duarte, J. Galo, N. Domingues (coords). *Enfermagem em Urologia* (pp. 199-206). Lisboa: Lidel.

Mendonça, T. (2012). Disfunções Miccionais. Uropatia Obstrutiva Baixa. In M.M. Silva, A. Duarte, J. Galo, N. Domingues (coords). *Enfermagem em Urologia* (pp. 36-50). Lisboa: Lidel.

Ordem do Enfermeiros (2016). *Instrumento de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem os Enfermeiros.

Ordem do Enfermeiros (2015). *Tabelas CIPE® - Versão 2013*. Lisboa: Ordem os Enfermeiros.

Patrão, R., Nunes, P., (2012). Semiologia Urológica, Técnicas Diagnósticas e Material Urológico. In M.M. Silva, A. Duarte, J. Galo, N. Domingues (coords). *Enfermagem em Urologia* (pp. 13-33). Lisboa: Lidel.

Schroder, A.; Abrams, P.; Andersson, K.; Artibani, W.; Chapple, C.R.; Drake, M.J. ... Thuroff, J.W. (2009). *Orientações sobre Incontinência Urinária*. Lisboa: Associação Portuguesa de Urologia;

Taylor, S.G. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem. In: A.M. Tomey, M.R. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra* (pp.211 – 235), 5ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.

Anexos

Anexo I – Escala MIF

APELIDO _____ NOME _____
 _____ IDADE _____ SEXO _____ P.U.nº
 DIAGNÓSTICO _____

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NÍVEIS	7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(dispositivo)		SEM AJUDA					
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)		AJUDA					
	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M		4M		12M	
	DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
AUTO-CUIDADOS								
A. Alimentação		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. Higiene pessoal		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C. Banho		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D. Vestir metade superior		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E. Vestir metade inferior		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F. Utilização da sanita		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES								
G. Bexiga		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H. Intestino		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MOBILIDADE								
TRANSFERÊNCIAS								
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
J. Sanita		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
K. Banheira, Duche		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LOCOMOÇÃO								
L. Marcha/Cadeira de Rodas	?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M. Escadas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMUNICAÇÃO								
N. Compreensão	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O. Expressão	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR								
P. Interação social		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q. Resolução dos problemas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
R. Memória		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOTA: Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1

Fonte: DGS (2011).

Anexo II – Índice de Barthel

1.Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2.Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3.Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4.Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5.Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7.Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
8.Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9.Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10.Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Fonte: DGS (2011).

Anexo III – Questionário ICIQ-SF

Questionário ICIQ-SF validado

ICIQ-SF

Número inicial

DIA

MÊS

ANO

Muitas pessoas têm por vezes perdas de urina. Estamos a tentar perceber quantas pessoas têm perdas de urina e se esta situação as incomoda. Agradecemos que respondesse às perguntas que se seguem, tendo em conta aquilo que tem sentido, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1. Preencha com a sua data de nascimento, s.f.f.:

DIA

MÊS

ANO

2. Sexo (assinale uma):

Feminino

☐

Masculino

☐

3. Com que frequência tem perdas de urina? (Escolha uma opção)

- | | | |
|-------------------------------|----------------------|---|
| nunca | <input type="text"/> | 0 |
| uma vez por semana ou menos | <input type="text"/> | 1 |
| duas ou três vezes por semana | <input type="text"/> | 2 |
| uma vez por dia | <input type="text"/> | 3 |
| várias vezes por dia | <input type="text"/> | 4 |
| constantemente | <input type="text"/> | 5 |

4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que acha que perde.

Que quantidade de urina costuma perder (quer use ou não protecção)
(escolha uma opção)

- | | | |
|-------------------------|----------------------|---|
| nenhuma | <input type="text"/> | 0 |
| uma quantidade pequena | <input type="text"/> | 2 |
| uma quantidade moderada | <input type="text"/> | 4 |
| uma grande quantidade | <input type="text"/> | 6 |

5. No geral, a perda de urina interfere muito no seu dia-a-dia?

Faça um círculo entre 0 (nada) e 10 (bastante)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nada										bastante

pontuação ICIQ: somar pontuações 3+4+5

6. Quando tem perdas de urina? (Escolha todas as opções que se aplicam a si)

- | | |
|---|--------------------------|
| nunca – não tem perdas de urina | <input type="checkbox"/> |
| tem perdas de urina antes de conseguir chegar à casa de banho | <input type="checkbox"/> |
| tem perdas de urina quando tosse ou espirra | <input type="checkbox"/> |
| tem perdas de urina quando está a dormir | <input type="checkbox"/> |
| tem perdas de urina quando está fisicamente activo(a) / a fazer exercício | <input type="checkbox"/> |
| tem perdas de urina quando acabou de urinar e está vestido(a) | <input type="checkbox"/> |
| tem perdas de urina sem razão aparente | <input type="checkbox"/> |
| tem perdas de urina constantemente | <input type="checkbox"/> |

Muito obrigado por responder a estas questões.

Anexo IV – Questionário IIEF-5

The IIEF-5 Questionnaire (SHIM)

Please encircle the response that best describes you for the following five questions:

Over the past 6 months:					
1. How do you rate your confidence that you could get and keep an erection?	Very low 1	Low 2	Moderate 3	High 4	Very high 5
2. When you had erections with sexual stimulation, how often were your erections hard enough for penetration?	Almost never or never 1	A few times (much less than half the time) 2	Sometimes (about half the time) 3	Most times (much more than half the time) 4	Almost always or always 5
3. During sexual intercourse, how often were you able to maintain your erection after you had penetrated your partner?	Almost never of never 1	A few times (much less than half the time) 2	Sometimes (about half the time) 3	Most times (much more than half the time) 4	Almost always or always 5
4. During sexual intercourse, how difficult was it to maintain your erection to completion of intercourse?	Extremely difficult 1	Very difficult 2	Difficult 3	Slightly difficult 4	Not difficult 5
5. When you attempted sexual intercourse, how often was it satisfactory for you?	Almost never or never 1	A few times (much less than half the time) 2	Sometimes (about half the time) 3	Most times (much more than half the time) 4	Almost always or always 5

Total Score: _____

1-7: Severe ED 8-11: Moderate ED 12-16: Mild-moderate ED 17-21: Mild ED 22-25: No ED

Fonte: http://www.croesoffice.org/Portals/0/Short_IIEF.pdf

Anexo V –Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire

Questionário de dispneia (Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire)

Nome: Data: / / Assinale com uma cruz (assim ☒), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.	
GRAU 1 Sem problemas de falta de ar excepto em caso de exercício intenso. <i>“Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso”.</i>	☒
GRAU 2 Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. <i>“Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado”.</i>	☒
GRAU 3 Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no seu passo normal. <i>“Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal”.</i>	☒
GRAU 4 Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. <i>“Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos”.</i>	☒
GRAU 5 Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.	☒

Fonte: DGS (2009)

Apêndice V – Processo de Enfermagem 2

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Processo de Enfermagem do Sr. A.R.

Tiago André de Sá Santos

Lisboa

Dezembro 2017



Índice

1.	Introdução	7
2.	Colheita de dados	8
2.1	Identificação do doente	8
2.2	História de doença atual / Motivo do internamento	8
2.3	Antecedentes Pessoais	9
2.4	Cirurgias Anteriores	9
2.5	Medicação Habitual	9
2.6	Hábitos	9
2.7	Alergias	9
2.8	Diagnóstico Clínico	9
2.9	Exames Auxiliares de Diagnóstico	10
2.10	Data de internamento no Serviço	10
2.11	Situação familiar atual / Genograma	10
3.	Avaliação do Doente	11
3.1	MIF (Medida de Independência Funcional)	11
3.2	Índice de Barthel	12
3.3	Avaliação da Força Muscular - <i>Medical Research Council Muscle Scale</i>	12
3.4	Escala de Braden	13
3.5	mMRC (Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire) – Questionário de dispneia	14
3.6	Escala de Morse	14
4.	Caracterização das Necessidades Humanas Básicas	15
5.	Plano de Cuidados	17
6.	Conclusão	55
7.	Bibliografia	56

Anexos 58

Anexo I – Escala MIF

Anexo II – Índice de Barthel

Anexo III – Escala MRCMS

Anexo IV – Escala de Braden

Anexo V – *Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire*

Anexo VI – Escala de Morse

Lista de Siglas

AVD – Atividades de Vida Diária

CATR – Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

MIF – Medida de Independência Funcional

mMRC – *Modified Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire*

MRCMS – *Medical Research Council Muscle Scale*

MVM – Murmúrio vesicular mantido

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

8. Introdução

No âmbito da UC Estágio com Relatório – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação foi proposta a realização do processo de enfermagem de um doente inserido no contexto de Ensino Clínico que estou a frequentar neste momento, no serviço de medicina 2, com o objetivo de refletir a globalidade do doente e desenvolver assim as competências inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Para a sua realização escolhi um doente que apresentava alterações ao nível respiratório e sensório-motor junto do qual desenvolvi um programa de enfermagem de reabilitação ao longo de cerca de 3 semanas, até à sua alta. Tendo em consideração a limitação da funcionalidade e a limitação para o autocuidado que o seu estado de saúde lhe impunha, fundamentei a construção deste plano de cuidados na teoria de Dorothea Orem que define que os indivíduos têm determinadas necessidades de cuidado, traduzindo-se em requisitos universais de autocuidado e, quando não são capazes de os desempenhar autonomamente, considera-se existir défice no autocuidado. O sistema em que atua o enfermeiro é definido, em cada intervenção, pela relação entre a ação do enfermeiro e a ação do doente. Deste modo, uma avaliação completa do doente permitirá identificar se há défice de autocuidado atual ou se o doente está em risco de o desenvolver.

Irei começar por apresentar a colheita de dados realizada onde englobei toda a informação relevante (antes do internamento e atualmente no internamento) que permitiu levantar os diagnósticos de enfermagem e planejar os cuidados. Nesta colheita de dados englobo também as escalas de avaliação que utilizei para a caracterização objetiva do doente. Posteriormente apresentarei o plano de cuidados devidamente estruturado e, por fim, as conclusões.

Como forma de organizar e facilitar a consulta da caracterização do doente, apresentarei os dados colhidos esquematizados de acordo com as necessidades humanas fundamentais definidas por Virgínia Henderson.

O plano de cuidados foi elaborado utilizando como linguagem a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), no entanto com algumas adaptações em virtude de algumas das intervenções

implementadas não estarem codificadas neste sistema de linguagem. Tais adaptações estão devidamente identificadas com o símbolo “*” (asterisco).

9. Colheita de dados

Identificação do doente

Nome: A.M.R.

Sexo: Masculino.

Idade: 90 anos.

Etnia: Caucasiano.

Nacionalidade: Português.

Estado civil: Casado.

Profissão: Reformado (trabalhava na tecelagem).

Pessoa significativa: Filho.

História de doença atual / Motivo do internamento

Doente residente num lar de idosos. Recorreu ao Serviço de Urgência deste hospital, por via do Serviço Integrado de Emergência Médica, por apresentar dificuldade respiratória, cansaço a pequenos esforços e presença de secreções em grande quantidade. Foi observado pela equipa de saúde da urgência e realizou telerradiografia do tórax, ficando internado com os diagnósticos de traqueobronquite aguda e derrame pleural bilateral (mais acentuado na base esquerda).

Do ponto de vista teórico, a traqueobronquite consiste num processo inflamatório das vias aéreas, mais concretamente da traqueia e brônquios, que origina o aumento da produção de secreções brônquicas. Os sintomas mais frequentes são: tosse; secreções em grande quantidade; febre; e mal-estar geral. Admite-se que estes se possam manifestar até 4 semanas. Ao nível da auscultação pulmonar são habitualmente audíveis a presença de roncos e de sibilos (Huffstutler, 2007).

O derrame pleural consiste na acumulação de líquido na cavidade pleural. Como sintomas o doente pode manifestar toracalgia, tosse seca não

produtiva e dispneia. A realização de uma telerradiografia do tórax é fundamental para realizar um diagnóstico inicial (Karhanis, Joshi, 2012).

Antecedentes Pessoais

- Parkinson;
- Hipertensão arterial - vigiado habitualmente pelo seu cardiologista. Não sabe especificar desde há quanto tempo tem a doença. Realiza terapêutica com diuréticos de ansa (Torasemida) diariamente. No internamento mantém a toma desta medicação;
- Insuficiência Cardíaca Congestiva
- DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)

Cirurgias Anteriores

Nega intervenções cirúrgicas, afirmando que é o seu primeiro internamento.

Medicação Habitual

No domicílio: Bisoprolol 5mg; Tromalyt 150mg; Tation (torasemida) 5mg; Sinemet 25/100mg. Desde que está no internamento já realizou adicionalmente a toma de Amoxicilina + ácido Clavulânico e encontra-se a realizar a toma de Ventilan 5mg/ml, Salbutamol 5mg/2.5ml e beclotaide 50 microgramas/dose, todos por câmara expansora, e a toma de fluimucil 600mg endovenoso.

Hábitos

Afirma que nunca foi fumador. Ingeria bebidas alcoólicas ocasionalmente às refeições.

Alergias

Desconhece

Diagnóstico Clínico

Traqueobronquite aguda e derrame pleural bilateral mais acentuado na base esquerda.

Exames Auxiliares de Diagnóstico

Rx Tórax realizado no dia 25/10/2017: Incidência postero-anterior; imagem centrada; bem visíveis os seios costofrénico e cardiofrénico do pulmão direito; discreta hipotransparência ao nível hilar no pulmão direito; pouco visível o seio cardiofrénico do pulmão esquerdo devido à mancha cardíaca e pouco visível o seio costofrénico do pulmão esquerdo; identifica-se aparente cardiomegalia; intensidade da radiação – bem penetrado; aparentemente pouco inspirado;

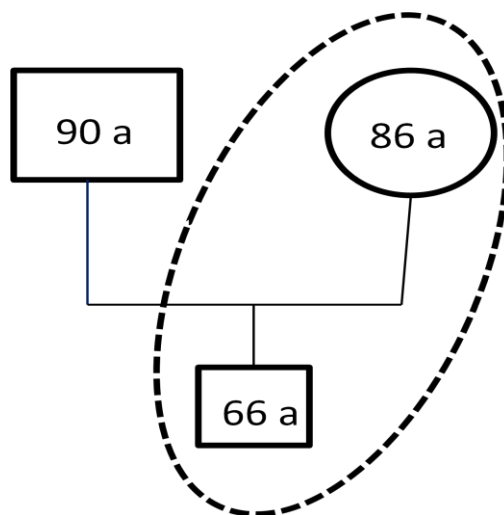
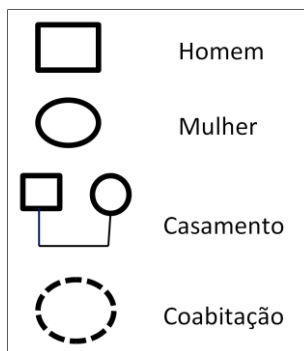
Data de internamento no Serviço

20/10/2017

Situação familiar atual / Genograma

O doente reside atualmente num lar que fica situado na mesma rua da sua anterior habitação. Nesta habitação reside a sua esposa e o seu filho que é solteiro. Como o doente e a sua esposa necessitam ambos de apoio nas AVD decidiram, em família, que o doente passaria a residir no lar e que a sua esposa ficaria em casa com o apoio do filho (o seu principal cuidador). Antes do internamento o doente ia diariamente à sua casa e passava grande parte dos seus dias a trabalhar com o filho na sua horta. O doente afirma que costumava cavar a terra com a enxada. Enquanto está no lar refere que se entretém a jogar às cartas com os outros residentes. Deambula autonomamente com apoio de bengala.

O filho é uma presença constante durante o internamento, demonstrando muita preocupação e carinho para com o doente. Estimula-o a realizar os exercícios do programa de reabilitação proposto. Refere no entanto que atualmente se sente exausto afirmando “eu vivo só para tratar dos meus pais”(sic) e que sente que não tem tempo para ele próprio. Refere frequentar um psicoterapeuta devido a esta sobrecarga, reconhecendo os benefícios deste apoio, no entanto afirmando que não tem tempo para ir à consulta “Há bastante tempo”(sic) demonstrando intenção e vontade de regressar.



10. Avaliação do Doente

10.1 MIF (Medida de Independência Funcional)

Data de Avaliação	30/10/2017	07/11/2017	13/11/2017
Autocuidados			
Alimentação	2	7	7
Higiene Pessoal	2	5	5
Banho	3	4	5
Vestir metade superior	3	4	5
Vestir metade inferior	2	2	3
Utilização da sanita	1	3	4
Controlo dos Esfíncteres			
Bexiga	1	1	1
Intestino	7	7	7
Mobilidade/Transferências			
Leito; Cadeira; Cadeira de rodas	2	4	5
Sanita	2	4	5
Banheira; Duche	1	5	5
Locomoção			
Marcha/Cadeira de rodas	2	4	5

Escadas	1	1	4
Comunicação			
Compreensão	7	7	7
Expressão	7	7	7
Consciência do mundo exterior			
Interação social	7	7	7
Resolução dos problemas	4	7	7
Memória	7	7	7
Score Total	56	87	96

10.2 Índice de Barthel

Data de Avaliação	30/10/2017	07/11/2017	13/11/2017
1	0	10	10
2	5	10	10
3	0	0	0
4	0	5	5
5	0	0	0
6	0	10	15
7	0	5	5
8	5	5	5
9	5	5	5
10	0	0	0
Score Total	15	50	55

10.3 Avaliação da Força Muscular - *Medical Research Council Muscle Scale*

Segmentos	Movimentos	Avaliação		Avaliação	
		30/10/2017		31/10/2017	
		Dta	Esq	Dta	Esq
Cabeça e pescoço	Flexão	5		5	
	Extensão	5		5	
	Flexão lateral esq.	5		5	
	Flexão lateral dta.	5		5	
	Rotação	5		5	
Membro Superior					
Escápulo-umeral	Flexão	3	4	4	4
	Extensão	3	4	4	4
	Adução	3	4	3	4
	Abdução	3	4	3	4
	Rotação interna	1	2	1	2
	Rotação externa	1	2	1	2
Cotovelo	Flexão	3	4	4	4
	Extensão	3	4	4	4
Antebraço	Pronação	3	4	3	4
	Supinação	3	4	3	4
Punho	Flexão palmar	3	4	3	4
	Dorsi-flexão	3	4	3	4
	Desvio radial	3	4	3	4
	Desvio cubital	3	4	3	4
	Circundação	3	4	3	4
Dedos	Flexão	4	5	4	5
	Extensão	4	5	4	5
	Adução	3	4	3	4
	Abdução	3	4	3	4
	Circundação	3	4	3	4
	Oponência do polegar	4	4	4	4
Membro Inferior					
Coxo-femural	Flexão	4	4	5	5
	Extensão	4	4	5	5
	Adução	4	4	5	5
	Abdução	4	4	5	5
	Rotação interna	5	5	5	5
	Rotação externa	5	5	5	5
Joelho	Flexão	4	4	5	5
	Extensão	4	4	5	5
Tíbio-társica	Flexão plantar	5	5	5	5
	Flexão dorsal	5	5	5	5
	Inversão	5	5	5	5
	Eversão	5	5	5	5
Dedos	Flexão	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5
	Adução	5	5	5	5
	Abdução	5	5	5	5

10.4 Escala de Braden

Data de Avaliação	30/10/2017	13/11/2017
Percepção sensorial	3	4
Humidade	3	3
Actividade	2	3

Mobilidade	2	3
Nutrição	4	4
Fricção e forças de deslizamento	1	2
Score Total	15	19

10.5 mMRC (Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire) – Questionário de dispneia

Data de Avaliação		
30/10/2017	07/11/2017	13/11/2017
Grau 3 – Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.	Grau 2 – Andar mais devagar que as pessoas da minha idade devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal.	Grau 2 – Andar mais devagar que as pessoas da minha idade devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal.

10.6 Escala de Morse

Data de Avaliação	31/10/2017
História de quedas	0
Diagnósticos médicos	15
Ajuda na marcha	15
Terapêutica IV/Catéter permanente	20
Marcha	20
Estado Mental	0
Score Total	70

11. Caracterização das Necessidades Humanas Básicas

- **Respirar**

Antes do Internamento: Não tinha necessidade de realizar aporte adicional de O₂. Refere cansaço a grandes esforços, com necessidade de parar por períodos, enquanto deambulava para descansar e de andar mais lentamente. Refere presença habitual de secreções que vai mobilizando de forma eficaz.

Atualmente no internamento: A realizar aporte adicional de O₂ por ON a 2L/min. Apresenta cansaço a médios esforços. Apresenta secreções em grande quantidade com dificuldade na sua mobilização/expulsão.

- **Comer e beber**

Antes do internamento: Alimentava-se autonomamente. Não é capaz de preparar as suas refeições. Vai controlando a ingestão hídrica afirmando um total médio diário de 1.5L de água.

Atualmente no internamento: Alimenta-se com ajuda total. Sem disfagia. Diminuiu a ingestão hídrica por não ter acesso livre a uma torneira para encher as suas garrafas de água.

- **Eliminar**

Antes do internamento: Tinha incontinência urinária total, utilizando fralda durante o dia. Evacuava no wc.

Atualmente no internamento: Mantém o uso de fralda. Tem evacuado na fralda porque não tem realizado levante e não solicita a colocação de arrastadeira. Afirma que tem sensação de vontade de evacuar.

- **Movimentar-se e manter uma postura correta**

Antes do internamento: Deambulava autonomamente com apoio de uma bengala dentro do lar onde está hospedado e também na rua. Autónomo nas transferências.

Atualmente no internamento: Tem permanecido confinado ao leito, necessitando de ajuda praticamente total para se mobilizar e posicionar.

- **Dormir e descansar**

Antes do internamento: Sem alterações nesta dimensão.

Atualmente no internamento: Refere maior dificuldade em dormir que relaciona com o aumento de secreções e sua mobilização.

- **Vestir-se e despir-se**

Antes do internamento: Autónimo a vestir e despir a metade superior do corpo. Ajuda parcial para vestir e despir a metade inferior do corpo.

Atualmente no internamento: Necessita de ajuda praticamente total para vestir a metade superior do corpo, sendo capaz apenas de puxar as mangas da camisola. Ajuda praticamente total para vestir a metade inferior do corpo, sendo capaz de ajudar realizando a ponte no leito.

- **Manter a temperatura corporal nos limites normais**

Antes do internamento: Autónimo neste autocuidado.

Atualmente no internamento: Necessita de ajuda parcial para tapar todos os segmentos corporais. Mantém sensibilidade térmica.

- **Higiene corporal e integridade da pele**

Antes do internamento: necessitava de supervisão para os cuidados de higiene e conforto.

Atualmente no internamento: necessita de ajuda parcial para este autocuidado.

- **Comunicar com os seus semelhantes**

Antes do internamento: Sem dificuldade na expressão e na compreensão. Afirma que passa muito tempo em conversa com os seus amigos no lar.

Atualmente no internamento: Sem dificuldade na expressão e na compreensão. Comunicativo e expressivo com os profissionais de saúde, com os familiares e com os outros doentes.

- **Recrear-se**

Antes do internamento: Afirma que vai praticamente todos os dias para a sua horta, acompanhado pelo filho, que fica na mesma rua que o lar, onde trata da terra e faz plantações. Quando está no lar refere que conversa com os seus amigos e que passa muito tempo a jogar às cartas com os amigos.

Atualmente no internamento: Não tem atividades de recreação para além dos momentos de treino, da ida ao ginásio e dos momentos de convívio com os seus familiares.

- **Aprender**

Antes do internamento: Refere vontade de aprender sobre novos assuntos.

Atualmente no internamento: Demonstra grande interesse em aprender, principalmente relacionado com o programa de reabilitação, reproduzindo os exercícios ensinados nos vários turnos, autonomamente.

12. Plano de Cuidados

Data	Foco/Juízo	Objetivos	Intervenções	Avaliação
30/10	Trocas gasosas comprometidas	- Otimizar as trocas gasosas	<ul style="list-style-type: none"> - Executar leitura do Rx tórax;* - Observar tórax; - Vigiar a ventilação; - Vigiar a respiração; - Monitorizar a saturação de oxigénio sanguíneo com o oxímetro de pulso; - Auscultar tórax; - Avaliar dispneia através do questionário mMRC; - Executar programa de RFR *: <ul style="list-style-type: none"> • Treinar controlo da respiração (através da dissociação dos tempos respiratórios) *; • Reeducação abdominodiafragmática posterior; • Reeducação da hemicúpula diafragmática direita; • Reeducação da hemicúpula diafragmática esquerda; 	<p>30/10/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eupneico com FR de 20 cpm. Sem sensação de dispneia em repouso. Ligeira tiragem dos músculos acessórios. Avaliei saturações de O2 de 97%, com aporte adicional de O2 por óculos nasais a 2 L/min. Reduzi o aporte de O2 para 1 L/min por indicação médica. - Avaliei restantes parâmetros vitais: TA- 148/71 mmHg; FC- 66 bpm. - Avaliei Rx tórax realizado no dia 25/10/2017: Incidência postero-anterior; imagem centrada; bem visíveis os seios costofrénico e cardiofrénico do pulmão direito; discreta hipotransparência ao nível hilar no pulmão direito; pouco visível o seio cardiofrénico do pulmão esquerdo devido à mancha cardíaca e pouco visível o seio costofrénico do pulmão esquerdo; identifica-se aparente cardiomegália; intensidade da radiação – bem penetrado; aparentemente pouco inspirado. Validei

			<ul style="list-style-type: none"> • Reeducação costal inferior direita; • Reeducação costal inferior esquerda; • Abertura costal global com e sem bastão; • Abertura costal seletiva à direita; • Abertura costal seletiva à esquerda; <p>- Incentivar o uso das técnicas respiratórias;</p> <p>- Executar terapêutica inalatória através de inalador;</p>	<p>esta avaliação com a enfermeira orientadora e com o médico assistente.</p> <p>- Realizei o exame objetivo do tórax: apresenta tórax com expansibilidade simétrica. Respiração predominantemente torácica e superficial;</p> <p>- Auscultei o doente com apoio da enfermeira orientadora e do médico assistente. Apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares à exceção do ápex direito onde são audíveis a presença de roncos e da base esquerda (através da região dorsal) onde são audíveis (embora com pouca intensidade) ferveores.</p> <p>- Apliquei questionário mMRC para avaliação da dispneia. Doente grau 3.</p> <p>-</p> <p>- Realizei treino de controlo da respiração com ênfase na respiração abdominal. O doente apenas foi capaz de controlar a respiração mediante o meu comando verbal mas nem sempre conseguindo realizar a excursão diafragmática pretendida.</p>
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none">- Realizei abertura costal global com e sem bastão. O doente já realizava autonomamente este exercício cruzando as suas mãos para ajudar o membro com força diminuída. Ensinei o doente a adaptar a respiração de acordo com este exercício: inspiração quando realiza o movimento contra a gravidade e expiração quando realiza o movimento a favor da gravidade. Incentivei o doente a realizar séries de 10 repetições cada, mas o doente apenas conseguia realizar 5 repetições de cada vez.- Administrei terapêutica broncodilatadora prescrita por câmara expansora.- Realizei programa de reeducação funcional motora no leito e na cadeira de rodas para fortalecimento muscular, mantendo aporte de O₂ a 1 L/min. Após o treino ficou normotenso e normocárdico. SatO₂ de 96% com aporte adicional de O₂ de 1L/min. FR: 24 cpm. Sem sinais de dispneia, sem tiragem dos músculos acessórios.- Durante o turno o doente o doente realizou
--	--	--	--	---

				<p>autonomamente abertura costal global sem bastão, sendo capaz de referir os nº de contrações diárias acordadas anteriormente e como controlar a respiração.</p> <p>31/10/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - No início do turno com SatO2 de 91% com aporte de O2 a1 L/min. - Prestei os cuidados de higiene e conforto no leito, ficando no final com SatO2 de 92%, pelo que posicionei o doente em fowler. - Realizei auscultação pulmonar: Verifiquei a presença de roncos dispersos nos ápex direito e esquerdo. Murmúrio vesicular mantido nos restantes campos pulmonares. - Realizei treino de controlo da respiração com ênfase na respiração abdominal. -Realizei reeducação abdominodiafragmática posterior e individualmente de ambas as hemicúpulas.
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Realizei abertura costal global com bastão. - Após o programa de RFR o doente ficou co SatO2 de 94% com aporte de O2 a 1L/min. FR de 26 cpm. - Administrei terapêutica broncodilatadora prescrita por câmara expansora. - Realizei com o doente treino de marcha com andarilho até à porta do seu quarto, sem aporte adicional de O2, ficando no final do treino com SatO2 de 97%. <p>01/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - No inicio do turno com SatO2 de 92% com aporte de O2 a1 L/min. - Auscultei tórax: sibilos dispersos no ápex e terço médio bilateralmente. Murmúrio vesicular mantido na base direita. Fervores na base esquerda. -Realizei reeducação abdominodiafragmática posterior e individualmente de ambas as hemicúpulas. <p>Realizei abertura costal seletiva à direita e à</p>
--	--	--	--

				<p>esquerda.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizei abertura costal global com bastão, com o doente já a tolerar 10 repetições do exercício). - Administrei terapêutica broncodilatadora prescrita por câmara expansora. <p>02/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - No início do turno com SatO2 de 94% com aporte de O2 a 1 L/min. - Auscultei tórax: Roncos dispersos nos ápex bilateralmente. MVM com roncos por períodos nos terços médios e bases bilateralmente. - Realizei reeducação abdominodiafragmática posterior. <p>Realizei abertura costal seletiva à direita e à esquerda.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizei abertura costal global com bastão. - Administrei terapêutica broncodilatadora prescrita por câmara expansora.
--	--	--	--	---

				<p>07/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apliquei questionário mMRC para avaliação da dispneia. Doente grau 2. <p>07/11/2017 a 14/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantém aporte de O2 a1 L/min sempre com SatO2 acima dos 93%.. - Mantém-se programa de reeducação funcional respiratória. -Realizei reeducação abdominodiafragmática posterior. <p>Realizei abertura costal seletiva à direita e à esquerda.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizei abertura costal global com bastão. - Administrei terapêutica broncodilatadora prescrita por câmara expansora. - Realizei diariamente treino de reeducação funcional motora sem aporte adicional de O2, ficando o doente tendencialmente polipneico mas sempre com SatO2
--	--	--	--	---

				<p>superiores a 90%. Polipneia reverteu sempre após período de repouso sentado.</p> <p>13/11/2017</p> <p>- Apliquei questionário mMRC para avaliação da dispneia. Doente grau 2.</p>
30/10	<p>Limpeza das vias aéreas ineficaz</p>	<p>- Que o doente seja capaz de manter uma limpeza eficaz das vias aéreas.</p> <p>- Que o doente saiba executar</p>	<p>- Avaliar o reflexo de tosse;</p> <p>- Auscultar tórax;</p> <p>- Vigiar expectoração;</p> <p>- Avaliar conhecimento sobre a técnica da tosse;</p> <p>- Executar manobras acessórias:*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de percussão torácica; • Técnica de vibrocompressão torácica; • Técnica de drenagem postural clássica; <p>- Ensinar sobre técnicas de limpeza das vias aéreas;</p> <p>- Executar técnicas de limpeza das vias</p>	<p>30/10/2017</p> <p>- Auscultei o doente: Murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares à exceção do ápex direito onde são audíveis a presença de roncosp e da base esquerda (através da região dorsal) onde são audíveis (embora com intensidade muito baixa) ferveores.</p> <p>- Apresenta secreções mucosas que vai mobilizando e expelindo.</p> <p>- Ensinei o doente a realizar a técnica da expiração forçada (huff). Realizei com o doente a técnica da expiração forçada, dirigida pelo meu comando. Esta manobra foi produtiva para mobilizar e expelir secreções</p>

		<p>técnicas de limpeza das vias aéreas.</p>	<p>aéreas:*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica da expiração forçada “huff”; • Ciclo ativo de técnicas respiratórias (CATR);* • Técnica de tosse assistida; • Técnica de tosse dirigida <p>- Monitorizar a saturação de oxigénio sanguíneo com o oxímetro de pulso;</p> <p>- Incentivar a ingestão de líquidos;</p>	<p>- Incentivei o doente a manter a técnica da expiração forçada durante dia quando pretender expetorar.</p> <p>- Realizei com o doente o CATR.</p> <p>31/10/2017</p> <p>- Avaliei SatO2 no inicio do turno em 91%.</p> <p>- Realizei auscultação pulmonar: presença de roncos dispersos nos apéx direito e esquerdo. Murmúrio vesicular mantido nos restantes campos pulmonares.</p> <p>- Doente mantém secreções mucosas que vai mobilizando e expelindo.</p> <p>- Realizadas manobras acessórias de percussão e vibrocompressão torácica</p> <p>- Após o programa de RFR o doente foi capaz e expetorar eficazmente. Avaliei SatO2 em 94% com aporte adicional de O2; Realizei auscultação pulmonar: Verifiquei a diminuição dos roncos nos apéx direito e esquerdo, embora ainda audíveis. MVM nos restantes campos pulmonares.</p>
--	--	---	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> - Foi expelindo expectoração mucosa em moderada quantidade ao longo do turno. <p>01/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - No início do turno em repouso no leito com farfalheira. - Avaliei SatO2 em 93%. - Realizei auscultação pulmonar: sibilos dispersos nos ápex, terço médio e língula. MVM na base direita. Fervores na base esquerda. - Doente mantém secreções mucosas em grande quantidade, que vai mobilizando e expelindo. - Realizada técnica de vibrocompressão na região costal superior - Realizada técnica de tosse dirigida. - Realizada técnica de tosse assistida. - Após o programa de RFR o doente foi capaz e expectorar eficazmente. Avaliei SatO2 em 95% com aporte adicional de O2; Realizei auscultação pulmonar: diminuição dos sibilos nos ápex
--	--	--	--	--

				<p>pulmonares bilateralmente, embora ainda presentes. MVM nos restantes campos pulmonares.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foi expelindo expectoração mucosa em moderada quantidade ao longo do turno. <p>02/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - No início do turno em repouso no leito com farfalheira. - Avaliei SatO2 em 92%. - Realizei auscultação pulmonar: roncos dispersos nos ápex bilateralmente. MVM com roncos por períodos no terço médio, língula e bases bilateralmente. - Mantém secreções mucosas em grande quantidade, que vai mobilizando e expelindo. - Realizada técnica de vibrocompressão na região costal superior e média. - Realizada técnica de tosse dirigida. - Realizada técnica da expiração forçada "huff" - Após o programa de RFR o doente expetorou em
--	--	--	--	---

				<p>pouca quantidade.</p> <p>07/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Na passagem de turno fui informado que os colegas necessitaram de realizar aspiração de secreções durante o turno da noite, aspirando secreções em pouca quantidade. No início do turno da manhã o doente estava em repouso no leito, não se verificando farfalheira. - Avaliei SatO2 em 94%, com aporte adicional de O2 a 1L/min. - Realizei auscultação pulmonar: presença de roncos dispersos ao nível dos ápex bilateralmente, terço médio e língula e presença de sibilos discretos na fase expiratória nas bases bilateralmente. - Hoje apresenta secreções muco-purulentas em moderada quantidade, que vai mobilizando e expelindo. - Realizada técnica de drenagem postural clássica do lóbo médio (doente no leito em decúbito
--	--	--	--	---

				<p>semidorsal esquerdo, com declive da cama de cerca de 15º) e da língua (doente em decúbito semidorsal direito, com declive da cama de cerca de 15º).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizada técnica de percussão torácica bilateralmente. - Realizada técnica de vibrocompressão. - Após o programa de RFR o doente expetorou secreções muco-purulentas em moderada quantidade. - No final do programa de RFR fica com SatO2 de 97%, com aporte adicional de O2 a 1L/min. <p>08/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - No início do turno o doente estava em repouso no leito, não se verificando farfalheira. Aparentemente com menos secreções que nos turnos anteriores. - Avaliei SatO2 em 98%, com aporte adicional de O2 a 1L/min. - Realizei auscultação pulmonar: roncos dispersos ao nível dos Ápex bilateralmente, mais intensos no
--	--	--	--	---

				<p>ápex esquerdo. Roncos dispersos ao nível do terço médio à direita e da língua à esquerda, com presença de sibilos audíveis por períodos principalmente na fase expiratória. Apresenta MV diminuído com presença de ruídos adventícios ao nível das bases bilateralmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizada técnica de percussão torácica bilateralmente. - Realizada técnica de vibrocompressão. - Realizada técnica de tosse dirigida. - Realizado CATR. - Após o programa de RFR o doente expetorou em moderada quantidade secreções tendencialmente mucosas, com presença de secreções muco-purulentas em pouca quantidade aparentemente mais profundas. - No final do programa de RFR fica com SatO2 de 97%, com aporte adicional de O2 a 1L/min. <p>09/11/2017</p>
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria significativa do ponto de vista respiratório, mantendo atualmente acessos de tosse produtiva com secreções mucosas em pouca quantidade. - Avaliadas SatO2 em 95% com aporte adicional de O2 a 1L/min. - Realizei com o doente a técnica da tosse dirigida, com pouco efeito. <p>13/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantém secreções mucosas em pouca quantidade, mobilizando-as através de acessos de tosse. - Avaliadas SatO2 em 93% com aporte adicional de O2 a 1L/min. - Realizada auscultação pulmonar: MVM com presença de roncos nos ápex bilateralmente mais acentuados à direita e no terço médio e língula. MVM nas bases bilateralmente. <p>14/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - No início do turno o doente estava em repouso no
--	--	--	---

				<p>leito, não se verificando farfalheira.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliei SatO2 em 93%, com aporte adicional de O2 a 1L/min. - Realizei auscultação pulmonar: MVM com roncosp dispersos audíveis na fase expiratória em ambos osápex (mais evidente à esquerda), terço médio e língua. MVM nas bases. - Realizada técnica de percussão torácica bilateralmente. - Realizada técnica de vibrocompressão. - Realizada técnica de tose assistida. - Após o programa de RFR o doente expetorou em pouca quantidade secreções mucosas. - No final do programa de RFR fica com SatO2 de 96%, com aporte adicional de O2 a 1L/min. - Teve alta.
30/10	Mobilidade comprometida	- Que o doente seja capaz de se	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar força muscular através da escala MRCMS; - Avaliar a funcionalidade do doente através da escala Medida de 	<p>30/10/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refere estar muito motivado para o programa de reabilitação afirmando que quer recuperar a mobilidade que tinha anterior ao internamento.

		<p>mobilizar, alterando a posição do seu corpo.</p> <p>- Que o doente melhore a mobilidade com vista à realização do seu autocuidado.</p> <p>- Que o doente seja capaz de voltar a</p>	<p>Independência Funcional e através da escala de Barthel, semanalmente.</p> <p>- Executar programa de Reeducação Funcional Motora:*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Executar técnica de exercício muscular articular ativo; • Executar técnica de exercício muscular articular ativo-assistido; • Executar técnica de exercício muscular articular ativo-resistido; • Executar exercícios de fortalecimento muscular (ponte; <i>push'ups</i> no leito com auxílio do triângulo de mobilização);* <p>- Incentivar o doente a executar os exercícios musculares e articulares ativos (auto mobilizações);</p> <p>- Ensinar o doente estratégias facilitadoras da sua mobilização e</p>	<p>- Avaliei a força muscular de todos os segmentos através da escala MRCMS. Verifica-se tendencialmente força grau 3 ao nível do membro superior direito, grau 4 no membro superior esquerdo, grau 5 em ambos os membros inferiores (ver avaliação detalhada na tabela em 3.3). Relativamente aos membros superiores o doente necessita de ajudar o membro superior direito com o membro superior esquerdo para realizar movimentos de maior amplitude.</p> <p>- Avaliei a funcionalidade do doente através da escala MIF (score total 56) e do índice de Barthel (score 15).</p> <p>- Avaliei o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão através da escala de Braden (score 15);</p> <p>- Expliquei ao doente que iria realizar o levante. Com a ajuda da enfermeira orientadora posicionei o doente em decúbito lateral direito. Posicionei os membros inferiores para fora da cama e elevei a cabeceira em fowler alto, ficando o doente na</p>
--	--	--	--	--

		deambular.	<p>posicionamento no leito;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistir o doente a mobilizar-se no leito;* - Avaliar a integridade da pele; - Avaliar o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão através da escala de Braden;* - Avaliar equilíbrio corporal; - Realizar treino de marcha com andarilho, dentro do serviço;*. - Avaliar o risco de queda do doente através da escala de Morse.* 	<p>posição de sentado na cama. Como a cama é alta, não permitindo que o doente apoie os pés no chão quando está sentado na borda da cama, possibilitei que o doente apoiasse os membros inferiores num degrau. Nesta posição de sentado realizei avaliação do equilíbrio estático e dinâmico e verifiquei que estão mantidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizei o levante: Posicionei a cadeira de rodas lateralmente à cama. Expliquei ao doente o procedimento e de que forma é que este poderia ajudar. Com os meus joelhos tranquei os membros inferiores do doente e este levantou-se, realizando carga nos membros inferiores. Realizei rotação do doente e quando se encontrava posicionado de forma a poder sentar promovi a flexão do tronco do doente e este sentou-se, sem intercorrências. - Incentivei o doente a realizar exercícios de mobilização dos membros superiores e inferiores quando está em repouso no leito. - Verifiquei que o doente não tem nenhum tipo de
--	--	------------	--	--

				<p>calçado próprio, pelo que solicitei ao filho do doente que traga um calçado de preferência que seja totalmente fechado e ajustável para facilitar o treino de marcha.</p> <p>31/10/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantém equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado. - Apoiei o doente na realização do levante, que fez auxiliado pelo andarilho. - O filho trouxe os sapatos do doente conforme o solicitado. - Realizei treino de marcha com andarilho. Apresenta dificuldade no equilíbrio necessitando de ajuda parcial para o manter durante a deambulação. Foi capaz de deambular desde a sua cama até à porta do quarto. Apresenta dificuldade em coordenar a manipulação do andarilho e a realização da marcha. - Realizei programa de reeducação funcional motora (RFM) com o doente sentado na cadeira de rodas:
--	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none"> - Realizei séries de 10 mobilizações ativas e ativas resistidas de flexão e extensão de ambos os pés. - Realizei séries de 10 mobilizações ativas e ativas resistidas de flexão e extensão da articulação coxo-femural e do joelho bilateralmente. - No leito o doente é capaz de realizar a ponte. - Ajudei o doente a posicionar-se no leito. - Ensinei e treinei com o doente estratégias facilitadoras para e mobilizar no leito, nomeadamente a realização da ponte; a utilização das grades da cama; a elevação dos pés da cama para que o doente consiga segurar-se à cabeceira da cama e puxar o seu corpo; e a utilização do triângulo da cama. <p>01/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizei com o doente treino de marcha com andarilho, com ajuda parcial. Hoje com menos receio de deambular, conseguindo andar com maior
--	--	--	--	--

				<p>velocidade, já com destreza suficiente para mobilizar autonomamente o andarilho, no entanto com desequilíbrio, necessitando de ajuda parcial. Deambulou até sair do quarto para o corredor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Após o treino de marcha ficou sentado na de rodas. - Realizei programa de reeducação funcional motora (RFM) com o doente sentado na cadeira de rodas: <ul style="list-style-type: none"> - Realizei séries de 10 mobilizações ativas e ativas resistidas de flexão e extensão da articulação coxo-femural e do joelho bilateralmente. <p>02/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muito motivado e participativo no programa de reabilitação. Realiza as mobilizações activas dos membros superiores e inferiores para fortalecimento muscular que eu recomendei, de forma autónoma, várias vezes ao dia. - Realizei com o doente treino de marcha com andarilho até à porta do quarto, com ajuda parcial, 2
--	--	--	--	--

				<p>vezes no turno.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizei programa de reeducação funcional motora (RFM) com o doente sentado na cadeira de rodas: <ul style="list-style-type: none"> - Realizei séries de 10 mobilizações ativas e ativas resistidas de flexão e extensão da articulação coxo-femural e do joelho bilateralmente. <p>07/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliei a funcionalidade do doente através da escala MIF (score total 87) e do índice de Barthel (score 50). - Apoiei o doente na realização do levante, que fez auxiliado pelo andarilho. - Realizei treino de marcha com andarilho, com ajuda parcial até ao corredor do serviço. - Automobiliza-se com ajuda parcial na cadeira de rodas, apenas quando há comando verbal. <p>08/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoiei o doente na realização do levante, que fez
--	--	--	--	--

				<p>auxiliado pelo andarilho.</p> <ul style="list-style-type: none">- Realizei treino de marcha com andarilho e ajuda parcial dentro do seu quarto e até wc.- Os cuidados de higiene e conforto foram prestados no duche em cadeira de banho com o doente a participar activamente lavando a metade superior do corpo e a região genital. <p>09/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none">- Realizei treino de marcha com apoio do andarilho e com supervisão desde a cama do doente até ao corredor do serviço e regresso à sua cama. O doente já é capaz de coordenar eficazmente o ato de andar com o ato de impulsionar o andarilho.- Realizei programa de reeducação funcional motora (RFM) com o doente na posição ortostática com as mãos apoiadas nos pés da cama:<ul style="list-style-type: none">- 3 séries de 20 mobilizações ativas de flexão e extensão da articulação coxo-femural e do joelho bilateralmente
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> - Mantém necessidade de ajuda parcial para se posicionar no leito. <p>13/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliei a funcionalidade do doente através da escala MIF (score total 96) e do índice de Barthel (score 55). - Avaliei o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão através da escala de Braden (score 19); - Já é capaz de passar da posição de sentado para de pé com auxílio do andarilho em mais de 75% das vezes. Necessita de supervisão. - Realizei treino de marcha com andarilho, com supervisão ao longo do corredor do serviço, 2 vezes no turno. - Realizei programa de reeducação funcional motora (RFM) com o doente na posição ortostática com as mãos apoiadas nos pés da cama: <ul style="list-style-type: none"> - 3 séries de 20 mobilizações ativas de flexão e
--	--	--	--	--

				<p>extensão da articulação coxo-femural e do joelho bilateralmente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantém necessidade de ajuda parcial para se posicionar no leito. - Mantém necessidade de ajuda parcial para o autocuidado vestir e despir. <p>14/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantém necessidade de supervisão na passagem de sentado para de pé.. - Realizei treino de marcha com andarilho, com supervisão ao longo do corredor do serviço, 2 vezes no turno. - Realizei programa de reeducação funcional motora (RFM) com o doente na posição ortostática com as mãos apoiadas nos pés da cama: <ul style="list-style-type: none"> - 3 séries de 20 mobilizações ativas de flexão e extensão da articulação coxo-femural e do joelho bilateralmente - Mantém necessidade de ajuda parcial para se
--	--	--	--	---

				<p>posicionar no leito.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantém necessidade de ajuda parcial para os cuidados de higiene mais concretamente para lavar/limpar a região abaixo da cintura. - Mantém necessidade de ajuda parcial para o autocuidado vestir e despir. - Teve alta.
30/10	Capacidade para transferir-se comprometida	- Que o doente seja capaz de transferir-se com supervisão.	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a capacidade para transferir-se através da escala MIF e do índice de Barthel, semanalmente;* - Ensinar ao doente a técnica de passar da posição de deitado a sentado;* - Ensinar ao doente a técnica de passar da posição de sentado para de pé;* - Ensinar ao doente a técnica para passar da posição de pé para sentado;* - Orientar no uso do andador para pôr-se de pé; 	<p>30/10/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliei a capacidade para o doente transferir-se através da escala MIF (score 2 – ajuda máxima, realizando menos de 25% do procedimento) e através do índice de Barthel (score 5 – Necessita de ajuda de outra pessoa mas não consegue sentar-se). - Verifiquei que o doente é capaz de realizar carga nos membros inferiores. - Ensinei o doente sobre a técnica facilitadora para passar da posição de deitado para sentado, deitando-se em decúbito lateral (para o lado a levantar) à borda da cama, projetando os membros inferiores para fora da cama e realizando força com

				<p>os membros superiores para se levantar à medida que é realizada elevação da cabeceira.</p> <ul style="list-style-type: none">- Posicionei o doente em decúbito lateral direito. Posicionei os membros inferiores para fora da cama e elevei a cabeceira em fowler alto, ficando o doente na posição de sentado na cama.- Ensinei o doente sobre a técnica facilitadora para passar da posição de sentado para de pé: realização de báscula anterior; flexão anterior do tronco; transferência de peso para os calcanhares; ativação do quadricípite e extensores da anca; báscula posterior.- Ensinei o doente sobre a técnica facilitadora para passar de pé para sentado: realização de báscula posterior; flexão anterior do tronco; báscula anterior.- Após o doente estar sentado na cama realizei o levante: Posicionei a cadeira de rodas lateralmente à cama. Com os meus joelhos tranquei os membros inferiores do doente e este levantou-se, realizando carga nos membros inferiores. Realizei rotação do
--	--	--	--	---

				<p>doente e quando se encontrava posicionado de forma a poder sentar promovi a flexão anterior do tronco do doente e este sentou-se, sem intercorrências.</p> <p>31/10/2017 a 14/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - O doente manteve sempre a necessidade de ajuda parcial para passar da posição de deitado para sentado, procedimento que foi sempre realizado de acordo com os ensinos realizados. - Realizei o levante do doente da cama e da cadeira de rodas sempre auxiliado pelo andarilho, tonando-se cada vez mais autónomo à medida que foi ganhando mais força muscular. <p>07/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliei a capacidade para o doente transferir-se através da escala MIF (score 4 – ajuda mínima, realizando mais de 75% do procedimento) e através do índice de Barthel (score 10 – Precisa de alguma
--	--	--	--	---

				ajuda).
				13/11/2017 - Avaliei a capacidade para o doente transferir-se através da escala MIF (score 5 – necessita de supervisão) e através do índice de Barthel (score 10 – Precisa de alguma ajuda).
30/10	Autocuidado o higiene, comprometido	- Que o doente seja capaz de realizar este autocuidado no duche, com ajuda mínima/supervisão.	- Avaliar a capacidade para autocuidado através da escala MIF e índice de Barthel, semanalmente;* - Promover a autonomia do doente na realização deste autocuidado;* - Possibilitar a satisfação deste autocuidado no duche, em cadeira de banho;*	30/10/2017 - Avaliei a capacidade para o autocuidado através da escala MIF e do índice de Barthel. Segundo a escala MIF o doente necessita de ajuda moderada para os cuidados de higiene (score 3). Segundo o índice de Barthel o doente é dependente nos cuidados de higiene (score 0). - Realizei os cuidados de higiene e conforto no leito, com ajuda parcial do doente: é capaz de lavar e secar a cara, os membros superiores e o tronco. Ao nível da metade inferior do corpo não consegue lavar nem secar mas é capaz de ajudar elevando os membros inferiores, realizando a ponte e auxiliando

				<p>nos posicionamentos.</p> <p>30/10/2017 a 07/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promovi a autonomia do doente incentivando-o a participar ativamente neste autocuidado com o objetivo de se superar gradualmente; - O doente foi sempre muito participativo. <p>07/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliei a capacidade para o autocuidado através da escala MIF e do índice de Barthel. Segundo a escala MIF o doente necessita de ajuda mínima para os cuidados de higiene (score 4). Segundo o índice de Barthel o doente é dependente nos cuidados de higiene (score 0). <p>08/11/2017 a 13/11/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Passei a ajudar o doente a realizar os cuidados de higiene no duche em cadeira de banho. O doente é capaz de lavar todo o corpo com o chuveiro. É capaz
--	--	--	--	--

				<p>de lavar-se com a esponja, exceto os pés por não conseguir alcança-los nem conseguir cruzar as pernas para aproximar os pés do tronco.</p> <p>13/11/2017</p> <p>- Avaliei a capacidade para o autocuidado através da escala MIF e do índice de Barthel. Segundo a escala MIF o doente necessita de supervisão para os cuidados de higiene (score 5). Segundo o índice de Barthel o doente é dependente nos cuidados de higiene (score 0).</p> <p>13/11/2017</p> <p>- Teve alta.</p>
30/10	Autocuidado o vestuário, comprometido	- Que o doente seja capaz de vestir a metade superior do	- Avaliar a capacidade para autocuidado através da escala MIF e índice de Barthel, semanalmente;* - Treinar com o doente a realização deste autocuidado,* - Promover a autonomia do doente na	<p>30/10/2017</p> <p>- Avaliei a capacidade para o autocuidado através da escala MIF e do índice de Barthel. Segundo a escala MIF o doente necessita de ajuda moderada para vestir a metade superior (score 3) e de ajuda máxima para vestir a metade inferior (score 2).</p>

		<p>corpo autônomo.</p> <p>- Que o doente seja capaz de vestir a metade inferior do corpo com ajuda mínima.</p>	<p>realização deste autocuidado;*</p> <p>- Assistir o doente a vestir-se e despir-se.*</p> <p>- Executar programa de Reeducação Funcional Motora:*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Executar exercício de ponte no leito;* • Executar técnica de exercício muscular articular ativo de flexão e extensão da articulação coxo-femural e do joelho para fortalecimento muscular;* • Executar técnica de exercício muscular articular ativo-resistido de flexão e extensão da articulação coxo-femural e do joelho para fortalecimento muscular;* 	<p>Segundo o índice de Barthel o doente necessita de ajuda para o vestuário (score 5).</p> <p>30/10/2017 a 07/11/2017</p> <p>- Planeei com o doente que relativamente à metade superior do corpo iríamos treinar diariamente o vestir e despir até que adquira mais autonomia. Relativamente à metade inferior do corpo planeei treinar a força muscular dos membros inferiores, diariamente, para que possa ajudar ativamente no vestir e despir, uma vez que não é capaz de realizar movimentos articulares que permitam vestir e despir autonomamente esta parte do corpo.</p> <p>- Foram realizados diariamente exercícios de ponte no leito e exercícios de flexão e extensão da articulação coxo-femural e do joelho para fortalecimento muscular.</p> <p>07/11/2017</p>
--	--	--	---	--

				<p>- Avaliei a capacidade para o autocuidado através da escala MIF e do índice de Barthel. Segundo a escala MIF o doente necessita de ajuda mínima para vestir a metade superior (score 4) e de ajuda máxima para vestir a metade inferior (score 2). Segundo o índice de Barthel o doente necessita de ajuda para o vestuário (score 5).</p> <p>07/11/2017 a 13/11/2017</p> <p>- Mantive o mesmo planeamento de intervenções durante os turnos seguintes.</p> <p>13/11/2017</p> <p>- Avaliei a capacidade para o autocuidado através da escala MIF e do índice de Barthel. Segundo a escala MIF o doente necessita de supervisão para vestir a metade superior (score 5) e de ajuda moderada para vestir a metade inferior (score 3). Segundo o índice de Barthel o doente necessita de ajuda para o vestuário (score 5).</p>
--	--	--	--	--

				14/11/2017 - Teve alta
30/10	Autocuidad o alimentar- se, compromet ido	- Que o doente seja capaz de se alimentar autonoma mente.	- Avaliar a capacidade de deglutição; - Supervisionar a deglutição; - Avaliar a capacidade para realizar o autocuidado beber, diariamente;* - Estimular o doente a realizar autonomamente o autocuidado beber;* - Avaliar a capacidade para realizar o autocuidado comer, diariamente;* - Incentivar o doente a realizar autonomamente o autocuidado comer;* - Envolver o filho do doente neste processo incentivando-o a estimular o doente a realizar o autocuidado alimentar-se autonomamente;*	30/10/2017 - Durante o pequeno almoço que estava a ser administrado com ajuda total pela assistente operacional (uma papa), verifiquei que o doente não apresenta alterações da deglutição, sendo capaz de deglutir eficazmente alimentos pastosos, sem engasgamento. Durante o dia vai deglutindo secreções, por períodos. - Ao longo do turno o doente foi solicitando várias vezes que enchesse duas garrafas de água de 33cl que tinha consigo na sua unidade. Avaliei que, se as garrafas forem colocadas ao seu alcance o doente autonomamente é capaz de ingerir líquidos, não apresentando disfagia a líquidos. Verifiquei que ingere em média perto de 2 litros de água ao longo do dia.

			<p>- Ao almoço estava o seu filho presente e verifiquei que foi este que administrou a alimentação ao doente, com ajuda total. Avaliei que o doente não tem disfagia a alimentos sólidos. Falei com o filho do doente sobre a importância de promovermos o autocuidado do doente estimulando-o a que seja ele próprio a alimentar-se autonomamente, dando ênfase, numa fase inicial se necessário, à utilização do membro superior esquerdo onde o doente apresenta maior força muscular.</p> <p>31/10/2017</p> <p>- No início do turno falei com o doente sobre este autocuidado. Afirma que prefere ter ajuda total porque é “mais fácil”(sic).</p> <p>- Ao pequeno almoço posicionei o doente em Fowler alto no leito, coloquei a mesa de refeição à sua altura e dispus a taça do iogurte a colher e o guardanapo à sua frente incentivando-o a pegar na colher. Verifiquei que foi capaz de segurar na colher</p>
--	--	--	---

				<p>eficazmente. Incentivei a alimentar-se autonomamente e o doente foi capaz de ingerir a totalidade do iogurte sem qualquer ajuda.</p> <p>- Ao almoço o doente alimentou-se de forma autónoma, utilizando apenas o garfo. Ingeriu a refeição na totalidade: almôndegas com esparguete. Ingeriu a totalidade da sopa autonomamente recorrendo a um copo de plástico para onde ia vertendo a sopa para depois bebê-la. Ingeriu ainda 1 maçã assada com a colher.</p> <p>01/11/2017</p> <p>-Já é capaz de ingerir a totalidade das refeições de forma autónoma e sem engasgamento.</p> <p>- Mantém-se autónomo na gestão da ingestão de líquidos necessitando apenas que as garrafas de água sejam colocadas ao seu alcance.</p> <p>07/11/2017</p> <p>- Mantém-se autónomo neste autocuidado. Encerra-</p>
--	--	--	--	--

				se o diagnóstico.
--	--	--	--	-------------------

13. Conclusão

A elaboração deste processo de enfermagem permitiu-me articular e mobilizar, de uma forma palpável (traduzindo-se neste documento), o aporte teórico com o qual fui construindo o meu conhecimento, como as aulas das várias unidades curriculares do primeiro e segundo semestre letivo, as pesquisas bibliográficas realizadas no âmbito da construção do projeto de estágio e as pesquisas adicionais que necessitei de realizar ao longo do ensino clínico, aplicando este conhecimento no contexto da prática de enfermagem de reabilitação e avaliando os seus resultados. Todo este processo revelou-se ser essencial na medida em que me permitiu trilhar o caminho do desenvolvimento de competências do EEER a que me propus.

Para realizar a avaliação/colheita de dados do doente privilegiei o uso de escalas de avaliação, sempre que foi oportuno, quer por ser um dos aspetos diferenciadores da atividade do EEER, quer por pessoalmente, considerar ser de extrema importância objetivar as nossas avaliações e intervenções, traduzindo-as em critérios palpáveis, passíveis de serem analisados. Neste sentido, tive a oportunidade de mobilizar as seguintes escalas: Medida de Independência funcional; Índice de Barthel; Medical Research Council Muscle Scale; Escala de Braden; Escala de Morse e Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire.

Articulando este processo de enfermagem com a teoria de Dorothea Orem, escolhida por mim como linha orientadora neste processo formativo, posso afirmar que a problematização dos diagnósticos de enfermagem que levantei permitiu identificar que o doente se encontrava numa situação de défice de autocuidado, segundo a teoria de Orem. À luz da Teoria dos Sistemas em Enfermagem de Orem, a minha atividade com este doente desenvolveu-se, nos vários momentos de contacto, segundo o sistema parcialmente compensatório (por exemplo no caso da mobilidade comprometida e da limpeza das vias aéreas ineficaz) conferindo ao doente a execução de algumas medidas de autocuidado e de regular o autocuidado e ao enfermeiro a responsabilidade por executar algumas medidas do autocuidado do doente compensando as suas limitações; e também segundo o sistema de apoio-educação (por exemplo ao

nível do autocuidado alimentar-se), conferindo ao doente a responsabilidade de executar o autocuidado e ao enfermeiro a responsabilidade de regular e supervisionar a sua realização ou de (Taylor, 2004).

Por último, torna-se fundamental mencionar que o processo de enfermagem não se deverá esgotar no momento da alta do doente, mas sim acompanhá-lo dando continuidade até que todas os seus requisitos do autocuidado estejam satisfeitos. Neste sentido, considero ser essencial que este processo de enfermagem de reabilitação seja construído com o doente ajudando-o a definir objetivos que sejam reais e progressivos.

14. Bibliografia

Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem os Enfermeiros.

Direção-Geral da Saúde (2009). Circula Informativa nº 40A/DSPCD2011 de 27/10/2009 – *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2011a). *Norma nº 054/2011 de 27/12/2011 – Acedente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2011b). *Norma nº 017/2011 de 19/05/2011 – Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Heitor, M. C., Canteiro, M., C., Ferreira, J., Olazabal, M., Maia, M., (1985). *Reeducação Funcional Respiratória*. Lisboa: Boehringer.

Huffstutler, S.Y.Martins, (2007). Assessment of the Respiratory System. In F.D. Monahan, J.K. Sands, M. Neighbors, J.F. Marek, C.J. Green (coords). *Phipps'*

Medical-Surgical Nursing: Health and Illness Perspectives (p. 565-711). Missouri: Mosby Elsevier. ISBN: 978-0-7234-3456-6.

Karhanis, V.S., Joshi, J.M. (2012). Pleural effusion: diagnosis, treatment and management. *Open Access Emergency Medicine*. 4, 31-52.

Ordem do Enfermeiros (2016). *Instrumento de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem os Enfermeiros.

Ordem do Enfermeiros (2015). *Tabelas CIPE® - Versão 2013*. Lisboa: Ordem os Enfermeiros.

Taylor, S.G. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem. In: A.M. Tomey, M.R. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra* (pp.211 – 235), 5ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.

Anexos

Anexo I – Escala MIF

APELIDO _____ NOME _____
 _____ IDADE _____ SEXO _____ P.U.nº
 DIAGNÓSTICO _____

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NÍVEIS	7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(dispositivo)		SEM AJUDA					
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)		AJUDA					
	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M		4M		12M	
	DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
AUTO-CUIDADOS								
A. Alimentação		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. Higiene pessoal		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C. Banho		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D. Vestir metade superior		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E. Vestir metade inferior		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F. Utilização da sanita		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES								
G. Bexiga		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H. Intestino		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MOBILIDADE								
TRANSFERÊNCIAS								
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
J. Sanita		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
K. Banheira, Duche		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LOCOMOÇÃO								
L. Marcha/Cadeira de Rodas	?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M. Escadas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMUNICAÇÃO								
N. Compreensão	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O. Expressão	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR								
P. Interacção social		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q. Resolução dos problemas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
R. Memória		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOTA: Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1

Fonte: DGS (2011a).

Anexo II – Índice de Barthel

1.Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2.Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3.Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4.Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5.Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7.Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
8.Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9.Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10.Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Fonte: DGS (2011a).

Anexo III – Escala MRCMS

Escala MRCMS		
5	Movimento normal contra gravidade e resistência	
4	Movimento contra gravidade mas dificuldade contra resistência	
3	Movimento contra a gravidade e não contra a resistência	
2	Movimenta mas não contra a gravidade. Só move na cama	
1	Contração palpável/observável, sem movimento	
0	Sem contração ou movimento	






Anexo IV – Escala de Braden

Serviço:	Lama:		IDMOC:					
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.				
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudores, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.				
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Andar ocasional mento: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passe a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Andar frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.				
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizados: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitada: Faz pequenas e frequentes alterações da posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.				
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobres: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingera poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequadas: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequadas: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelentes: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.				
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.					
Notas: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total			
© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1988. Versão Portuguesa 2001: Carlos Marques, Cristina Miguéis, Pedro Pereira, João Gonçalo, Kátia Penedo Grupo Associativo de Investigação em Famílias (GAI-F) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)								

Fonte: DGS (2011b)

Anexo V –Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire

Questionário de dispneia (Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire)

Nome: Data: / / Assinale com uma cruz (assim Ⓢ), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.	
GRAU 1 Sem problemas de falta de ar excepto em caso de exercício intenso. <i>“Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso”.</i>	
GRAU 2 Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. <i>“Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado”.</i>	
GRAU 3 Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no seu passo normal. <i>“Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal”.</i>	
GRAU 4 Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. <i>“Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passado alguns minutos”.</i>	
GRAU 5 Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.	

Fonte: DGS (2009)

Anexo VI –Escala de Morse

ESCALA DE MORSE

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

1. HISTÓRIA DE QUEDAS NÃO - 0 SIM - 20
2. DIAGNÓSTICOS MÉDICOS (> 2 patologias) NÃO - 0 SIM - 15
3. AJUDA NA MARCHA
Nenhuma / Ajuda cuidador / acamado _____ 0
Bengala / canadiana / andarilho _____ 15
Apoio nos móveis _____ 20
4. TERAPÊUTICA I.V. ou CATETER PERMANENTE _____ 20
5. MARCHA
Normal / cadeira de rodas / acamado _____ 0
Com dificuldade, mas sem ajuda _____ 10
Incapaz, sem ajuda _____ 20
6. ESTADO MENTAL
Orientado _____ 0
Dificuldade de orientação _____ 15

Classificação do nível de risco

Recomendações

- 0 – 24: sem risco
Nenhuma
- 25 – 50: baixo risco
Implementar precauções padronizadas contra quedas
- > 50: alto risco
Implementar intervenção para prevenção de alto risco de quedas

Apêndice VI – Avaliação Neurológica

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Avaliação Neurológica da Sra. A.G.

Tiago André de Sá Santos

Lisboa

Dezembro 2017



História Atual:

A avaliação neurológica apresentada diz respeito à Sra. A.G., de 81 anos de idade, que foi internada no dia 17/11/2017, com o diagnóstico de AVC isquêmico do hemisfério direito ao nível da cápsula interna.

A doente foi trazida para o hospital através do Serviço Integrado de Emergência Médica, dando entrada no serviço de urgência apresentando: mau-estar de início súbito; desvio da comissura labial à esquerda; disartria ligeira e ligeira diminuição da força do membro superior esquerdo.

Antecedentes Pessoais:

- História de hérnias discais.

Medicação Habitual:

Lansoprazol 30mg; Beta-histina 24mg; Bromazepam 3mg; Doxi-om 500mg; Flunarizina 10mg; Carbonato de cálcio + Colocaleiferol 1250mg + 400 UI; Ácido alendrénico 70mg/100ml; Magnesium.

Avaliação Neurológica realizada no dia 21/11/2017:**Estado mental**

Estado de consciência

ECG		
Abertura ocular	Espontânea – 4 À voz – 3 À dor – 2 Nenhuma - 1	4
Resposta verbal	Orientada – 5 Confusa – 4 Palavras inapropriadas – 3 Palavras incompreensíveis – 2 Nenhuma – 1	5
Resposta motora	Obedece a comandos – 6 Localiza a dor – 5 Movimento de retirada – 4 Flexão anormal – 3 Extensão anormal – 2 Nenhuma - 1	6
Total		15

Estado de orientação

Pessoa	orientada
Tempo	orientada
Espaço	orientada

Atenção

Vigilância (atenção para estímulos externos)	Sem compromisso
Tenacidade (atenção sobre uma tarefa)	Sem compromisso. É capaz de manter a atenção durante o diálogo, sem se distrair.
Concentração (atenção em pensamentos/atividade mental)	Não foi realizado o teste formal de avaliação, no entanto a doente é capaz de manter a atenção quando realiza processos de pensamento, por exemplo, pensamento em datas de nascimento dos filhos, netos e bisnetos.

Memória

Sensorial (0.5s)	Sem compromisso
Imediata (repetir “3, 4 e 5” ou “pente, rua e azul”)	Sem compromisso. É capaz de repetir 3 objetos não relacionados: “pente, rua e azul”
Recente (curto prazo- dizer à pessoa “pente, rua e azul” e repetir 5m depois; longo prazo- o que comeu ao pequeno almoço?)	Sem compromisso. Curto prazo- É capaz de repetir os 3 objetos após uma interação. Longo prazo- É capaz de referir como foi o dia de ontem.
Remota (data nascimento/ nascimento filhos)	Sem compromisso. É capaz de referir as datas de nascimento dos filhos, netos e bisnetos. Fala do seu passado, ex: profissão.

Capacidades práticas

Desenhar uma cruz no ar	Consegue
Gesto de levar o copo à boca	Consegue
Gesto de dizer adeus	Consegue
Desenhar e escrever letras	Consegue escrever letras e números ex: escreveu o seu nome.

Negligência hemiespacial unilateral

Prova de barragem	A doente realizou o teste eficazmente.
Prova de escrita ou cópia de desenhos	A doente desenhou espontaneamente um relógio, dispondo os números de modo correto dentro do mesmo.

Linguagem

Sem alterações da linguagem.

Pares Cranianos

I Olfatório	Olhos fechados, tapar a narina e cheirar café	Sem alterações. Identificou identificar o cheiro do café.
II Óptico	<ul style="list-style-type: none"> •Fechar 1 olho e contar dedos •Fechar 1 olho e ver até que ângulo consegue ver o dedo 	Conseguiu contar os dedos e apresenta campo de visão periférica mantido bilateralmente.
III Oculomotor / MOC	<ul style="list-style-type: none"> •Resposta pupilar à luz •Desenhar H no ar e pedir para seguir o dedo 	Isocoria (resposta pupilar à luz mantida bilateralmente). Movimentos conjugados do olho simétricos (seguir o dedo enquanto desenhei um H o ar).
IV patético / troclear		
VI Abducente / MOE		
V Trigêmeo	<ul style="list-style-type: none"> •Pesquisa bilateral de sensibilidade tátil, térmica e dolorosa •Reflexo córneo-palpebral •Encerrar e mover lateralmente a mandíbula 	Mantém sensibilidade tátil, térmica (pesquisei através do uso de uma luva com água quente e uma luva com gelo) e dolorosa (utilizei a tampa de uma caneta) nos 3 ramos do nervo bilateralmente. Mantém reflexo córneo-palpebral. Consegue encerrar e mover lateralmente a mandíbula.
VII Facial	<ul style="list-style-type: none"> •Simetria facial + apagamento sulco nasogeniano (sorrir e franzir o sobrolho encerrando as pálpebras) •Dificuldade em manter saliva e alimentos 	Apresenta desvio da comissura labial à esquerda. Sem apagamento do sulco nasogeniano. Sem dificuldade em manter a saliva e alimentos na cavidade oral.
VIII Auditivo / estato-acústico	<ul style="list-style-type: none"> •Audição (olhos fechados, identificar som das palmas ou de relógio) •Prova de Rinne (diapasão no mastóide. Normal condução aérea 2x mais do que a óssea) •Teste de Weber (Diapasão no vértice do crânio. Surdez transmissão vibração só do lado afetado; de percepção só do lado são) •Equilíbrio estático e dinâmico sentado •Romberg (de pé, calcanhares unidos, pés separados a 30º, olhos fechados) 	Não identifiquei a presença de défices relativos à audição. Não realizei a prova de Rinne nem o teste de Weber. Apresenta equilíbrio estático e dinâmico comprometido na posição de sentada e na posição ortostática, não sendo possível

	durante 1 min.) •Babinski-weil (caminhar 1,5m para a frente e para trás de olhos fechados)	aplicar o teste de Romber nem o teste de Babinski-weil porque a doente necessita de ajuda total para se colocar na posição ortostática.
IX Glossofaríngeo	•Reconhecimento de açúcar e sal no 1/3 posterior da língua	Não avaliado.
X Vago	•Reflexo de vômito (avaliado com recurso a espátula) •Tom de voz	Mantém reflexo de vômito. Não apresenta alterações no tom da voz.
XI Espinhal / acessório	•Força esternocleidomastóideo contra a resistência na lateralização •Força trapézio (elevar ombros contra resistência)	Apresenta diminuição da força do esternocleidomastóideo não conseguindo realizar lateralização da cabeça contra a resistência. Apresenta diminuição da força no trapézio não sendo capaz de elevar os ombros contra a resistência.
XII Grande Hipoglosso	•Movimentos da língua •Desvio da úvula	É capaz de realizar propulsão ântero-posterior de forma simétrica e lateralização da língua para a esq. e dta. Sem desvio da úvula.

Motricidade

Força muscular

Segmentos	Movimentos	Avaliação	
		Dta	Esq
Cabeça e pescoço	Flexão	4	
	Extensão	5	
	Flexão lateral esq.	4	
	Flexão lateral dta.	4	
	Rotação	Não consegue por dor	
Membro Superior			
Escápulo-umeral	Flexão	5	2

	Extensão	5	2
	Adução	5	2
	Abdução	5	2
	Rotação interna	5	1
	Rotação externa	5	1
Cotovelo	Flexão	5	2
	Extensão	5	2
Antebraço	Pronação	5	2
	Supinação	5	2
Punho	Flexão palmar	5	3
	Dorsi-flexão	5	3
	Desvio radial	5	2
	Desvio cubital	5	2
	Circundação	5	1
Dedos	Flexão	5	1
	Extensão	5	3
	Adução	5	2
	Abdução	5	2
	Circundação	5	2
	Oponência do polegar	5	1
Membro Inferior			
Coxo-femural	Flexão	5	3
	Extensão	5	3
	Adução	5	3
	Abdução	5	3
	Rotação interna	5	2
	Rotação externa	5	2
Joelho	Flexão	5	2
	Extensão	5	4
Tíbio-társica	Flexão plantar	5	2
	Flexão dorsal	5	2
	Inversão	5	1
	Eversão	5	1
Dedos	Flexão	5	3
	Extensão	5	3
	Adução	5	0
	Abdução	5	0

<i>Medical Research Council Muscle Scale</i>	
5	Movimento normal contra gravidade e resistência
4	Eleva membro contra gravidade mas dificuldade contra resistência
3	Movimento contra a gravidade e não contra a resistência
2	Movimenta mas não contra a gravidade. Só move na cama
1	Contração palpável/observável, sem movimento
0	Sem contração ou movimento

Tônus muscular

Segmentos	Movimentos	Avaliação	
		Dta	Esq
Cabeça e pescoço	Flexão	0	
	Extensão	0	
	Flexão lateral esq.	0	
	Flexão lateral dta.	0	
	Rotação	0	
Membro Superior			
Escápulo-umeral	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Rotação interna	0	0
	Rotação externa	0	0
Cotovelo	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
Antebraço	Pronação	0	0
	Supinação	0	0
Punho	Flexão palmar	0	0
	Dorsi-flexão	0	0
	Desvio radial	0	0
	Desvio cubital	0	0
	Circundação	0	0
Dedos	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Circundação	0	0
	Oponência do polegar	0	0
Membro Inferior			
Coxo-femural	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Rotação interna	0	0
	Rotação externa	0	0
Joelho	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
Tíbio-társica	Flexão plantar	0	0
	Flexão dorsal	0	0
	Inversão	0	0
	Eversão	0	0
Dedos	Flexão	0	0
	Extensão	0	0

	Adução	0	0
	Abdução	0	0

Escala Modificada de Ashworth		
0	Nenhum aumento do tônus	
1	Leve > do tônus (tensão momentânea ou resistência mínima no final da amplitude do movimento ADM)	
1+	Leve > do tônus (tensão abrupta seguida de resistência mínima em – de metade da ADM)	
2	>+ marcante do tônus, durante a maior parte da ADM, mas a região é movida facilmente	
3	Considerável > do tônus. Movimento passivo é difícil	
4	Parte afetada rígida em flexão ou em extensão	

Coordenação motora

Prova índex-nariz (MS em abdução tocar no nariz com o indicador com os olhos abertos e fechados)	Realiza eficazmente com o membro superior direito. Apresenta dismetria do membro superior esquerdo para iniciar a prova, sendo que é capaz de tocar o nariz de olhos abertos, mas não fechados.
Prova indicação Barany (MS c/o indicador aponta o indicador do enf.)	Realiza eficazmente sem alterações.
Prova movs. Alternados (abris/fechar mãos; bater palmas)	Não avaliada.
Prova calcanhar Joelho	Sem alterações ao nível do membro inferior direito. Não foi possível realizar a prova com o membro inferior esquerdo porque a doente não consegue realizar flexão do joelho contra a gravidade.

Sensibilidade

Segmentos	Sensibilidade superficial						Sensibilidade profunda					
	Tátil		Térmica		Dolorosa		De pressão		Vibratória		Postural	
	Dta	Esq	Dta	Esq	Dta	Esq	Dta	Esq	Dta	Esq	Dta	Esq
Face (oftálmica)	M	M	M	M	M	M	-	-	-	-	-	-
Face (maxilar)	M	M	M	M	M	M	-	-	-	-	-	-
Face (mandibular)	M	M	M	M	M	M	-	-	-	-	-	-
Tórax	M	M	M	M	M	M	M	M	NA	NA	NA	NA
Abdómen	M	M	M	M	M	M	M	M	NA	NA	NA	NA

Escápulo-umeral	M	M	M	M	M	M	M	M	NA	NA	NA	NA
Braço	M	M	M	M	M	M	M	M	NA	NA	NA	NA
Antebraço	M	M	M	M	M	M	M	M	NA	NA	NA	NA
Mão	M	M	M	M	M	M	M	M	NA	NA	NA	NA
Coxa	M	M	M	M	M	M	M	M	NA	NA	NA	NA
Perna	M	M	M	M	M	M	M	M	NA	NA	NA	NA
Pé	M	M	M	M	M	M	M	M	NA	NA	NA	NA

M- mantém; NA- não avaliado

Sensibilidade estereognóstica- Mantida no membro superior direito. Difícil de avaliar no membro superior esquerdo pelo facto de a doente apresentar dificuldade na flexão dos dedos da mão, dificultando a palpação dos objetos. No entanto testei com um objeto de maiores dimensões (uma garrafa de água) e a doente conseguiu ter a perceção de que se tratava de um objeto de plástico, através da palpação.

Equilíbrio e marcha

Avaliei quando fiz a avaliação do VIII par craniano (estado-acústico ou vestíbulo-coclear – ver tabela).

Avaliação Neurológica realizada no dia 22/11/2017:

Motricidade

Força muscular

Segmentos	Movimentos	Avaliação	
		Dta	Esq
Cabeça e pescoço	Flexão	4	
	Extensão	5	
	Flexão lateral esq.	4	
	Flexão lateral dta.	4	
	Rotação	3	
Membro Superior			
Escápulo-umeral	Flexão	5	3
	Extensão	5	3
	Adução	5	2
	Abdução	5	2
	Rotação interna	5	1
	Rotação externa	5	1
Cotovelo	Flexão	5	3

	Extensão	5	3
Antebraço	Pronação	5	2
	Supinação	5	2
Punho	Flexão palmar	5	3
	Dorsi-flexão	5	3
	Desvio radial	5	2
	Desvio cubital	5	2
	Circundação	5	1
Dedos	Flexão	5	1
	Extensão	5	3
	Adução	5	2
	Abdução	5	2
	Circundação	5	2
	Oponência do polegar	5	1
Membro Inferior			
Coxo-femural	Flexão	5	4
	Extensão	5	4
	Adução	5	3
	Abdução	5	3
	Rotação interna	5	2
	Rotação externa	5	2
Joelho	Flexão	5	3
	Extensão	5	4
Tíbio-társica	Flexão plantar	5	2
	Flexão dorsal	5	2
	Inversão	5	1
	Eversão	5	1
Dedos	Flexão	5	3
	Extensão	5	3
	Adução	5	0
	Abdução	5	0

Medical Research Council Muscle Scale	
5	Movimento normal contra gravidade e resistência
4	Eleva membro contra gravidade mas dificuldade contra resistência
3	Movimento contra a gravidade e não contra a resistência
2	Movimenta mas não contra a gravidade. Só move na cama
1	Contração palpável/observável, sem movimento
0	Sem contração ou movimento

Tónus muscular

Segmentos	Movimentos	Avaliação	
		Dta	Esq
Cabeça e pescoço	Flexão	0	
	Extensão	0	

	Flexão lateral esq.	0	
	Flexão lateral dta.	0	
	Rotação	0	
Membro Superior			
Escápulo-umeral	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Rotação interna	0	0
	Rotação externa	0	0
Cotovelo	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
Antebraço	Pronação	0	0
	Supinação	0	0
Punho	Flexão palmar	0	0
	Dorsi-flexão	0	0
	Desvio radial	0	0
	Desvio cubital	0	0
	Circundação	0	0
Dedos	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Circundação	0	0
	Oponência do polegar	0	0
Membro Inferior			
Coxo-femural	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Rotação interna	0	0
	Rotação externa	0	0
Joelho	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
Tíbio-társica	Flexão plantar	0	0
	Flexão dorsal	0	0
	Inversão	0	0
	Eversão	0	0
Dedos	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0

Escala Modificada de Ashworth		
0	Nenhum aumento do tônus	

1	Leve > do tônus (tensão momentânea ou resistência mínima no final da amplitude do movimento ADM)	
1+	Leve > do tônus (tensão abrupta seguida de resistência mínima em – de metade da ADM)	
2	>+ marcante do tônus, durante a maior parte da ADM, mas a região é movida facilmente	
3	Considerável > do tônus. Movimento passivo é difícil	
4	Parte afetada rígida em flexão ou em extensão	

**Apêndice VII – Formação “Diabetes: Gestão e
Administração de Insulina” - IPSS**

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Plano de Sessão de Formação

Tiago André de Sá Santos

Lisboa

Dezembro 2017



15. Designação da sessão:

Diabetes: Gestão e Administração de Insulina.

16. Duração da sessão:

1 Hora (das 14h às 15h).

17. Data da Sessão:

18/12/2017.

18. Local da sessão:

Centro Social Paroquial Padre Abílio Mendes (PAM) (Instituição Social de Solidariedade Social (IPSS) do concelho do Barreiro).

19. Identificação do formador:

Enfermeiro Tiago Santos, no âmbito do Curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

20. Identificação do grupo destinatário da formação:

35 a 40 ajudantes de família, responsáveis pelo apoio domiciliário aos utentes inscritos nesta IPSS. Em situações de maior dependência dos doentes, são as ajudantes familiares que realizam a administração de insulina por via subcutânea, segundo os esquemas prescritos.

21. Conteúdos da sessão:

- O que é a diabetes;
- Hipoglicemia (sinais e atuação)
- Hiperglicemia (sinais e atuação)

- Administração de insulina;
- Esclarecimento de dúvidas sobre as canetas de insulina.

22. Metodologia:

A sessão será teórico-prática.

23. Planeamento das Atividades:

- Sessão teórica expositiva sobre a diabetes. Duração de 10 minutos.
- Esclarecimento de dúvidas decorrentes da prática diária das ajudantes de família e ensino prático sobre a manipulação das canetas de insulina. Duração de 45 minutos.
- Encerramento da sessão. Duração de 5 minutos.

24. Objetivo geral:

No final da formação os formandos devem ser capazes de:

- Gerir de forma segura a situação de doença, concretamente a diabetes, dos doentes a quem prestam cuidados.

25. Objetivos específicos

- Reconhecer sinais de hipoglicemia;
- Implementar medidas em situações de hipoglicemia;
- Reconhecer sinais de hiperglicemia;
- Implementar medidas em situações de hiperglicemia;
- Recordar o procedimento para administração de insulina subcutânea;
- Treinar a manipulação das canetas de insulina.

26. Recursos necessários (materiais e não materiais):

- Computador;
- Videoprojector;

- Tela de projeção;
- PowerPoint;
- Canetas de insulina dos doentes;
- Enfermeira orientadora clinica;
- Professor Enfermeiro orientador da Escola;
- Ajudantes de família da IPSS PAM.
- Máquina para avaliação da glicémia capilar;
- Lancetas;
- Compressas;
- Luvas de látex não esterilizadas.

Diabetes

Gestão e Administração de Insulina

Enfº Tiago Santos
Nº 1921

Orientador da Escola: Prof. Joaquim Paulo Oliveira

8º CMEER – UC Estágio com Relatório
2017

Sumário

- O que é a Diabetes;
- Hipoglicemia;
- Hiperglicemia;
- Administração de Insulina;
- Canetas de Insulina.

2

Diabetes

- É uma doença crónica em que o organismo não é capaz de gerir os níveis de açúcar (glicemia). Este açúcar tende a acumular-se no sangue.
- Quando os níveis de açúcar no sangue aumentam muito – Hiperglicemia.
- Quando os níveis de açúcar no sangue diminuem muito – Hipoglicemia.

3

APDP (v. 1)

Hipoglicemia

Sinais	Atuação
<ul style="list-style-type: none"> • Glicémia inferior a 70mg/dl • Fraqueza • Tremores • Suores • Palidez • Palpitações • Tonturas • Confusão • Dor de cabeça 	<ul style="list-style-type: none"> • Glicémia: <ul style="list-style-type: none"> ➢ < 50mg/dl – Dar 4 pacotes de açúcar diluídos em água; ➢ 50 a 70mg/dl – Dar 2 pacotes de açúcar diluídos em água; ➢ Se a pessoa não responder, colocar o açúcar debaixo da língua; • Avaliar após 10 minutos: <ul style="list-style-type: none"> ➢ < 70mg/dl – Repetir o açúcar; ➢ > 70mg/dl – Dar comida (3 bolachas maria OU ½ fatia de pão OU 1 copo de leite).

4

APDP (v. 1)

Hiperglicemia

Sinais
<ul style="list-style-type: none"> • Glicémia: <ul style="list-style-type: none"> ➢ >130mg/dl em jejum; ➢ >180mg/dl 2 horas após a refeição; • Boca seca • Sede constante • Cansaço • Prurido (comichão)

Atuação
<ul style="list-style-type: none"> • Medicação (insulina)

5

APDP (v. 1)

Administração de Insulina

- Lavar as mãos;
- Agitar a insulina;
- Marcar as unidades a administrar;
- Retirar a proteção da agulha;
- Fazer uma prega na pele;
- Introduzir a agulha (90°);
- Carregar no botão da caneta;
- Retirar a agulha da pele e guardar a caneta.



6

APDP (v. 1)

Canetas de Insulina

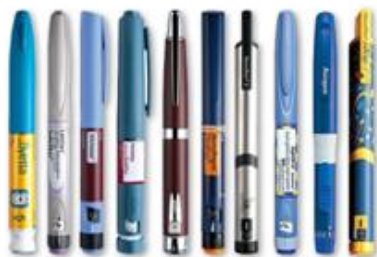


Imagem criada para o projeto de investigação científica em Diabetes Mellitus e Insulinoterapia, APDP, 2018. Todos os direitos reservados. Não é permitida a reprodução sem autorização prévia da APDP.

7

Dúvidas



8

Bibliografia

- Associação Protectorados Diabéticos de Portugal (a). *Diabetes Tipo 2*. Lisboa: APDP
- Associação Protectorados Diabéticos de Portugal (b). *Hipoglicemia - Adultos*. Lisboa: APDP
- Associação Protectorados Diabéticos de Portugal (c). *Início da Insulinoterapia*. Lisboa: APDP
- Associação Protectorados Diabéticos de Portugal (d). *Insulinoterapia*. Lisboa: APDP
- Associação Protectorados Diabéticos de Portugal (e). *Insulinoterapia na Diabetes Tipo 2*. Lisboa: APDP
- Associação Protectorados Diabéticos de Portugal (f). *Nível a Glicemia*. Lisboa: APDP

9

Relatório da Sessão de Formação – Diabetes: Gestão e Administração de Insulina

De acordo com o planeado, esta sessão de formação decorreu entre as 14 horas e as 15 horas nas instalações do Centro Social e Paroquial Padre Abílio Mendes. Estiveram presentes 21 ajudantes de família e também 1 coordenadoras destas profissionais.

Comecei por me apresentar e explicar em que contexto estava ali a realizar esta sessão de formação. Informei que inicialmente iria realizar uma contextualização teórica sobre a temática e que posteriormente seria dado tempo para aplicação prática dos conhecimentos, bem como partilha de casos práticos vividos/dúvidas decorrentes da sua prática diária.

Antes de iniciar a apresentação questionei se todas elas tinham experiência junto de doentes com diabetes com necessidade de serem elas a manipularem /gerirem a administração de insulina. Verifiquei que todas têm experiência com estas situações, sendo uma realidade no seu dia-a-dia. Actualmente há 3 doentes a quem prestam apoio domiciliário que necessitam de apoio na administração de insulina. Identifiquei 2 ajudantes de família que referem que já tiveram necessidade de administrar insulina mas que trabalham na instituição há pouco tempo e ainda sentem, por vezes, receio quando têm de manusear as canetas de insulina. Todas as ajudantes de família afirmam que tiveram formação nesta área quando realizaram a sua formação base.

Informei-as que a qualquer momento poderiam interromper para esclarecimento de dúvidas.

Na componente prática gerou-se debate sobre várias questões:

- Tipos de canetas de insulina: Uma ajudante de família trouxe a caneta de insulina de uma doente (recarregável/reutilizável) e a enfermeira orientadora clínica trouxe uma caneta de insulina descartável de amostra. Expliquei a diferença entre os dois tipos de canetas. Demonstrei o procedimento de desmontar e de montar uma caneta recarregável. Obtive a colaboração de uma ajudante de família que se disponibilizou para praticar este procedimento.
- Quando realizar a troca da agulha de administração de insulina: Coloquei esta questão à audiência. Rapidamente obtive resposta de que

deveria ser trocada sempre que se encontrava com alguma deformidade (ex: dobrada). Uma ajudante de família acrescentou que achava que deveria ser sempre após cada administração. Validei estas duas observações, no entanto desmistifiquei que caso as condições visíveis da agulha estejam íntegras, esta poderá ser trocada num prazo de 3 dias após o início da sua utilização. As ajudantes de família referem que este procedimento é difícil de controlar porque não é sempre a mesma pessoa que vai ao domicílio do doente. Sugeri que criassem um registo, a deixar na casa do doente (por exemplo uma folha de papel com uma tabela em que anotam a data da última troca da agulha, ou registar a data da troca no caderno do diabético) para que se consigam transmitir de forma eficaz esta informação de umas para as outras.

- Como proceder para realizar a troca da agulha de administração: Relativamente a esta questão, verifiquei que 3 das ajudantes de família presentes nunca tinham realizado nem praticado a troca da agulha de administração de insulina. As restantes colegas descreveram o procedimento da troca afirmando que o realizam. Assim, abordei as etapas relativas ao procedimento de troca da agulha de administração da insulina, após o qual possibilitei às 3 ajudantes de família que treinassem o procedimento, ao mesmo que exemplificavam para as suas colegas. Conseguiram realizar o procedimento de forma segura e eficaz.
- Como dar insulina quando o doente é muito magro (fazer ou não a prega cutânea): Quando apresentei o slide relativo ao procedimento de administração de insulina, referi que deveria ser realizada uma prega cutânea e aí introduzir a agulha com um ângulo sensivelmente de 90°. Uma das ajudantes de família questionou-me como deveria proceder quando estão perante doentes aos quais não conseguem realizar a prega cutânea, uma vez que esta é uma realidade frequente. Expliquei então que quando não é possível realizar a prega cutânea deverá administrar-se na mesma a insulina, no entanto diminuindo o ângulo de inserção da agulha. Demonstrei a técnica para que pudessem compreender e visualizar esta adaptação à forma de administração.
- Importância de expurgar o sistema: Quando falámos sobre os tipos de canetas de insulina, deixei o alerta da importância de expurgar o sistema

sempre que se troca o frasco de insulina nas canetas reutilizáveis/recarregáveis, sob o risco de, ao não ser cumprida esta medida, o doente não realizar a totalidade das unidades de insulina de que o seu organismo necessita.

- Como avaliar a glicémia capilar: Questionei se eram elas que costumavam de realizar a avaliação da glicémia capilar nos domicílios dos doente, obtendo uma resposta afirmativa. Questionei então como realizavam a avaliação e praticamente toda a audiência respondeu “através de uma picada num dedo”(sic). Verifiquei que 1 das ajudantes de família sabia os fundamentos da avaliação da glicémia capilar mas nunca tinha realizado tal procedimento. Convidei-a a treinar o procedimento, tendo-se uma colega sua disponibilizado para o treino do procedimento. Todas as restantes ajudantes de família observaram atentamente o treino deste procedimento.
- O que significa/como proceder quando a leitura da glicémia dá “HI”: Duas das assistentes de família relataram que no decorrer da sua prática já se depararam com situações em que na avaliação da glicémia capilar, obtiveram a mensagem “HI” em vez de um valor numérico. Questionam o porquê e a partir de quando é que esta mensagem aparece. Expliquei que esta mensagem significa que estamos perante uma hiperglicemia sendo que o valor a partir do qual esta mensagem aparece difere de laboratório para laboratório. Ainda assim, tratando-se de um valor muito aumentado da glicemia capilar, tal situação deverá ser tratada de acordo com as indicações dadas no slide relativo aos sinais e atuação perante casos de hiperglicemia.
- Perigos inerentes a acidentes com agulhas de doentes: Por fim e após eu reforçar a importância de recorrerem a medidas individuais de proteção, nomeadamente luvas, para manusear as canetas de insulina e a avaliação da glicemia capilar, uma ajudante de família referiu que já lhe aconteceu picar-se (embora referindo que para ela foi ao de leve) numa agulha de insulina de um doente. Reforcei a importância de usar as medidas individuais de proteção e a necessidade de alertar a instituição para o facto de ter ocorrido tal situação.

Às 15 horas, depois dos debates gerados, dos exercícios práticos realizados e das dúvidas esclarecidas, assegurei através do questionamento direto que não existiam mais dúvidas que a audiência quisesse ver respondidas naquela altura, pelo que demos por terminado o momento de formação.

**Apêndice VIII – Formação “Conselhos práticos para a
prestação de cuidados – mecânica corporal” - IPSS**

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Plano de Sessão de Formação

Tiago André de Sá Santos

Lisboa
Janeiro 2018



27. Designação da sessão:

Conselhos práticos para a prestação de cuidados – mecânica corporal.

28. Duração da sessão:

1 Hora (das 14h às 15h).

29. Data da Sessão:

17/01/2018.

30. Local da sessão:

Centro Social Paroquial Padre Abílio Mendes (PAM) (Instituição Social de Solidariedade Social (IPSS) do concelho do Barreiro).

31. Identificação do formador:

Enfermeiro Tiago Santos, no âmbito do Curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

32. Identificação do grupo destinatário da formação:

20 a 25 ajudantes de família, responsáveis pelo apoio domiciliário às pessoas inscritos nesta IPSS. Este apoio centra-se ao nível dos cuidados de higiene e conforto, posicionamentos, transferências, alimentação e cuidados ao lar.

33. Conteúdos da sessão:

- Posicionamentos (abordagem aos princípios básicos a ter em consideração);

- Promoção da autonomia do doente integrando-o nos cuidados através da participação ativa nos posicionamentos;
- Mecânica corporal no posicionamento do doente que não ajuda;
- Passar da posição de sentado para a posição ortostática;
- Passar da posição ortostática para a posição de sentado;
- Ajustar a posição do doente, com este sentado;
- Ajudar o doente a levantar-se e a sentar-se;
- Ajustar a posição do doente sentado na cadeira de rodas;
- Medidas facilitadoras das transferências – levantes;
- Apoios na casa de banho.

34. Metodologia:

A sessão será teórico-prática.

35. Planeamento das Atividades:

- Apresentação do formando e da temática da sessão – Duração de 2 minutos.
- Sessão teórico-prática com exemplificação e demonstração prática da teoria abordada, ao longo da apresentação. Duração de 40 minutos.
- Esclarecimento de dúvidas, quer relativas à apresentação, quer as decorrentes da prática diária das ajudantes de família. Duração de 10 minutos.
- Avaliação dos objetivos propostos. Duração de 5 minutos.
- Encerramento da sessão. Duração de 3 minutos.

36. Objetivo geral:

No final da sessão os formandos devem ser capazes de:

- Planear a sua intervenção diária tendo em consideração os princípios de mecânica corporal e prevenção de lesões músculo-esqueléticas

quer relativos à pessoa que é cuidada, quer relativos à intervenção do cuidador.

37. Objetivos específicos

- Conhecer os princípios básicos a ter em conta nos posicionamentos;
- Conhecer estratégias a ensinar ao doente que o permitam participar no posicionamento de forma ativa, promotoras da sua autonomia
- Identificar a postura a adotar durante o posicionamento do doente que não ajuda, preventiva da lesão músculo-esquelética;
- Conhecer os princípios da passagem da posição de sentado para a posição ortostática;
- Conhecer os princípios da passagem da posição ortostática para a posição de sentado;
- Saber como ajustar a posição do doente quando está sentado;
- Conhecer as medidas facilitadoras para realizar o levante do doente e sentá-lo com ajuda.
- Saber como ajustar a posição do doente na cadeira de rodas;
- Identificar as medidas facilitadoras para as transferências, principalmente o levante;
- Implementar medidas preventivas de acidentes na prestação de cuidados de higiene e conforto na casa de banho.

38. Avaliação dos objetivos propostos

A avaliação será realizada através da componente prática a ser desenvolvida ao longo da sessão e através da colocação de 3 questões finais à audiência:

- Como podemos ensinar o doente a colaborar nas mudanças de posição (considerar pelo menos 2 respostas de entre: baixar a cabeceira da cama; pedir ao doente para agarrar a cabeceira da cama e puxar o corpo; ponte no leito; levantar a grade da cama e pedir para o doente agarrar com força e posicionar-se);

- Quais os principais cuidados a ter com a nossa postura quando posicionamos o doente? (considerar flexão dos joelhos; não realizar flexão da coluna vertebral);
- Quais as medidas que podemos adotar para garantir que o doente fica sentado numa posição correta na cadeira (garantir que o doente fica com a região dorsal encostada ao encosto da cadeira; tronco alinhado; membro inferiores com flexão de 90º da articulação dos joelhos; pés apoiados numa superfície).

39. Recursos necessários (materiais e não materiais):

- Computador;
- Videoprojector;
- Tela de projeção;
- PowerPoint;
- Cadeira;
- Cadeira de rodas;
- Enfermeira orientadora clinica;
- Professor Enfermeiro orientador da Escola;
- Ajudantes de família da IPSS PAM.

Conselhos práticos para a prestação de cuidados – mecânica corporal

Enf^o Tiago Santos
Nº 1921

Orientador da Escola: Prof. Joaquim Paulo Oliveira

8º CMEER – UC Estágio com Relatório
2018

Sumário

- Posicionar;
- Posicionar – como pode o doente ajudar;
- Posicionar – doente não ajuda;
- Sentado para de pé;
- De pé para sentado;
- Ajustar a posição sentado;
- Sentar com ajuda;
- Transferências - levantar;
- Apoios na casa de banho.

Posicionar

- A pessoa deve estar confortável, ter o peso corporal distribuído, respeitando o alinhamento corporal e reduzindo as tensões articulares e musculares.
- Zonas da pressão mais frequente



(OE, 2013, p. 40)

Posicionar

- Almofada colocada desde as omoplatas.
- Almofada no final da cama para os lençóis não realizarem pressão sobre os dedos.
- Se o doente tiver farfalheira/expetoração, elevar a cabeceira.
- DD- Almofada pequena por baixo dos joelhos para promover o relaxamento dos abdominais.



(OE, 2013, p. 42, 43)

Posicionar – como pode o doente ajudar

- Chegar o doente para cima na cama: baixar totalmente a cabeceira, o doente agarra a cabeceira da cama, pedir ao doente para realizar a ponte ao mesmo tempo que faz força com os calcanhares na cama para se puxar para cima.
- Virar o doente: Levantar a grade do lado para onde queremos virar o doente. O doente agarra a grade e puxa o corpo virando-o.
- Trocar a fralda: pedir ao doente para realizar a ponte.



Posicionar – doente não ajuda

- Quando se quer alterar sozinho a posição do doente no leito deve-se realizar por fases, deslocando 1º a metade superior do corpo e em 2º a metade inferior.



(OE, 2013, p. 52)

Sentado para de pé

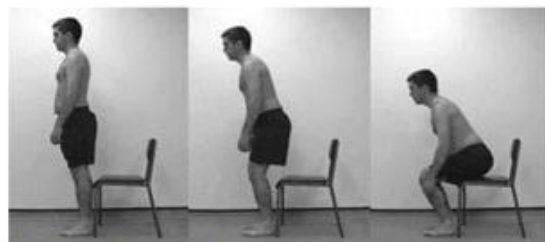


1. Pés atrás da linha do joelho
2. Inclinação para a frente do tronco
3. Transferência do peso para os calcanhares
4. Levantar e endireitar

7

(Unidade Curricular de Enfermagem de Reabilitação II (Aprovação: Pórcupim), Prof. Ana Cardoso e Carla Joaquim, ESEB, 2017.)

De pé para sentado



1. Juntar bem as pernas ao início do assento
2. Inclinação para a frente do tronco
3. Empurrar o rabo para trás
4. Sentar

8

(Unidade Curricular de Enfermagem de Reabilitação II (Aprovação: Pórcupim), Prof. Ana Cardoso e Carla Joaquim, ESEB, 2017.)

Ajustar a posição sentado



1. Aproximar pés do cadeirão (estabilidade e equilíbrio);
2. Inclinar tronco para a frente;
3. Levantar e endireitar;
4. Membros inferiores do doente a tocar no assento;
5. Inclinar o corpo para a frente;
6. Empurrar o rabo para trás;
7. Sentar;

Nota: Importante apoiar os pés do doente numa superfície; ângulo de 90° dos joelhos e costas alinhadas e encostadas ao cadeirão.

(OE, 2013, p. 59)

9

Levantar e sentar com ajuda



10

(OE, 2013, p. 53)

Sentar com ajuda



1. Passar os braços pelas axilas e segurar os braços do doente;
2. Fletir os joelhos e alinhar a coluna;
3. Elevar o doente segurando o seu tronco
4. Posicionar em as costas encostadas e pés apoiados no chão/suporte de pés da cadeira

11

(OE, 2013, p. 60)

Transferências - levante

- Atenção à quebra da tensão arterial (sentar primeiro a pessoa à beira da cama e esperar);
- Usar roupa adequada (ex: calças) facilita porque permite agarrar a pessoa;
- É fundamental que o doente use calçado fechado com sola antiderrapante para evitar quedas.

(OE, 2013, p. 49, 50)

12

Apoios na casa de banho

- Tapete antiderrapante;
- Cuidado com o chão molhado e com tapetes/toalhas;
- Instalar barras de apoio;
- Dispositivos de ajuda.



13

(Unidade Curricular de Enfermagem de Reabilitação II (Apresentação Powerpoint). Prof. Maria do Céu Sá ESEL, 2017.)

Dúvidas



14

Bibliografia

- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-24-0.
- Unidade Curricular de Enfermagem de Reabilitação II (Apresentação Powerpoint). Prof. Ana Cardoso e Carla Joaquim ESEL, 2017.
- Unidade Curricular de Enfermagem de Reabilitação II (Apresentação Powerpoint). Prof. Maria do Céu Sá ESEL, 2017.

15

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**Relatório da Sessão de Formação – “Conselhos
práticos para a prestação de cuidados – Mecânica
corporal”**

Tiago André de Sá Santos

Lisboa
Janeiro 2018



Relatório da Sessão de Formação – “Conselhos práticos para a prestação de cuidados – Mecânica corporal”

De acordo com o planeado, esta sessão de formação decorreu no dia 17/01/2018 entre as 14 horas e as 15 horas nas instalações do Centro Social e Paroquial Padre Abílio Mendes. Estiveram presentes 29 ajudantes de família e também 2 coordenadoras destas profissionais. A afluência à sessão excedeu o número máximo de formandos inicialmente previsto, o que no entanto foi benéfico uma vez que permitiu ter presentes praticamente todas as funcionárias da instituição que trabalham em contexto domiciliário.

Comecei por me apresentar, lembrando que tinha sido eu a realizar, no mês de Dezembro de 2017, a sessão de formação intitulada “Diabetes: Gestão e Administração de Insulina”. Expliquei novamente o contexto que me levou a estar ali a realizar esta sessão de formação. Informei que pressupunha que esta fosse uma sessão teórico-prática, com demonstração e treino das técnicas ao longo da apresentação e incentivei que fossem mobilizando exemplos de situações do seu quotidiano de trabalho para que analisasse-mos em conjunto, à luz da temática apresentada.

Informei as formandas que a qualquer momento poderiam interromper para esclarecimento de dúvidas.

Antes de iniciar a apresentação validei que a maioria dos doentes a quem estas ajudantes de família prestam apoio domiciliário são pessoas idosas em situação de dependência e com pouca mobilidade. Fui também informado por elas que em muitos casos os doentes não tem apoio permanente de familiares e que mais de metade dos doentes a quem prestam neste momento cuidados possui pelo menos um produto de apoio (ex.: cama articulada ou elétrica; colchão de pressão alterna; cadeira de rodas; produtos de apoio para a prestação de cuidados de higiene e conforto). Ainda assim, todas as formandas referem queixas de que os doentes a quem prestam cuidados são muito pesados havendo necessidade de realizar muito esforço físico para os mobilizar. Outra das dificuldades que identificam como muito limitadora da adoção de uma postura corporal adequada é a falta de espaço que muitas vezes encontram nas casas dos doentes, dificultando a sua atuação e assim promovendo a adoção de posturas prejudiciais para o prestador de cuidados

bem como, por vezes, impossibilitando que sejam duas pessoas em conjunto a prestar os cuidados.

A sessão decorreu de forma fluida, de acordo com o planeamento que delineei previamente, acabando por ser bastante recheada com a partilha de várias situações e experiências do dia-a-dia de trabalho das formandas, à medida que eu ia apresentando os slides. Ao longo da apresentação fui solicitando a colaboração de várias formandas para que pudessem treinar as técnicas e ao mesmo tempo demonstrá-las para as restantes colegas. As formandas mostraram-se particularmente interessadas no treino da passagem do doente da posição de sentado para a posição ortostática, da passagem do doente da posição ortostática para a posição de sentado e no posicionamento correto do doente na posição de sentado. Durante a prática das várias técnicas, a ergonomia e a mecânica corporal do prestador de cuidados (a formanda que estava a treinar a técnica) foi constantemente alvo de análise e reflexão por parte da restante plateia de formandas incentivadas e dirigidas por mim através da colocação de questões como “Consideram que a postura que a colega está a adotar é preventiva de lesões músculo-esqueléticas?”, “Que outras técnicas conhecem/utilizam no vosso dia-a-dia para prevenir lesões decorrentes da prestação de cuidados?” e “Que outros aspetos seriam importantes a ter em consideração relativamente à postura do prestador de cuidados durante a realização desta técnica?”. Na minha perspetiva, o facto de ter possibilitado que fossem treinando estas técnicas foi fundamental porque permitiu: o seu aperfeiçoamento técnico; a reflexão sobre a maneira como cada uma das formandas presta os cuidados, emergindo diferentes práticas; fortalecer o espírito de entreajuda entre todas na análise de como as técnicas estavam a ser demonstradas; o treino, através de *role-play* sobre casos reais que tinham experienciado; e também a consciencialização das medidas a adotar preventivas da ocorrência de lesões músculo-esqueléticas no prestador de cuidados. Verifiquei que nesta troca de experiências, a reflexão gerada sobre o modo como cada formanda atua nas situações reais atuais que utilizaram como exemplos permitiu, em certos casos, chegar a um consenso resultante desta entreajuda, identificando-se estratégias que determinadas formandas tinham encontrado facilitadoras da prestação de cuidados, as quais não eram utilizadas por outras formandas nas mesmas situações por falta de

partilha da informação. Neste sentido, apesar desta sessão se desenrolar sob um paradigma formal de ensino previamente estruturada e com objetivos claros e bem definidos *a priori*, este espaço informal de reflexão que promovi permitiu enriquecer a sessão, contribuindo para a partilha de ideias, estratégias e modos de atuar. No fundo possibilitou-me dirigir as formandas para que fossem elas próprias a encontrar estratégias para lidar com as dificuldades do seu dia-a-dia de prestação de cuidados e, concretamente em 3 situações de doentes a quem prestam cuidados foram capazes de, autonomamente, chegar a um consenso para atuarem de forma idêntica com estratégias facilitadoras da sua intervenção (nomeadamente no caso de uma senhora que, com determinadas formandas não ajudava praticamente no levantar para a cadeira de rodas, muito derivado do facto de não promoverem a sua participação nos cuidados e, com outras conseguia realizar alguma carga nos membros inferiores ajudando na realização da técnica.). A este respeito, um aspeto que considero menos positivo mas que foi motivado pela própria condicionante temporal em que se desenrolou a sessão foi a existência de pouco tempo para que eu pudesse colocar às formandas diferentes cenários de treino, simulando doentes com diferentes tipos/graus de limitação. De futuro e se possível, a realização desta sessão deveria decorrer num maior espaço de tempo ou, eventualmente, repartida em pelo menos duas sessões.

Enquanto futuro enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação senti que esta abordagem teórico-prática foi fundamental na medida em que também me permitiu identificar, no momento, práticas que trazem risco de lesão para o prestador de cuidados e atuar de modo a corrigi-las de imediato. Esta prática encontra-se consagrada nas competências comuns do enfermeiro especialista, permitindo-me o seu desenvolvimento, nomeadamente da competência B3 – “Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2010a, p.7) na unidade de competência B3.1 – “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo” (OE, 2010a, p.7) uma vez que dei resposta a vários critérios que a constituem, mais concretamente, pelo facto de ter demonstrado que compreendo as questões relativas à necessidade de fornecer um ambiente seguro para os doentes, por ter promovido a aplicação, pelas formandas, dos princípios da ergonomia incrementando a sua segurança pessoal na prestação

de cuidados e por ter promovido a adesão das formandas à saúde e segurança ocupacional (OE, 2010a).

Por outro lado, à luz das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, a sessão teórico-prática permitiu igualmente contribuir para o desenvolvimento de competências específicas, principalmente a segunda competência específica “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.” (OE, 2010b, p.4) pela resposta à unidade de competência “J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD’s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.” (OE, 2010b, p.4) pela resposta que dei a vários dos critérios que compõem esta competência, nomeadamente ter ensinado às cuidadoras formais técnicas específicas de auto cuidado e ter ensinado, treinado e supervisionado a utilização de produtos de apoio por parte das formandas, aqui evidenciado, por exemplo, pelo ensino que realizei sobre como levantar e sentar o doente na cadeira de rodas, como posicionar o doente corretamente na cadeira de rodas e como ajustar a posição do doente na cadeira de rodas.

Com a realização desta sessão de formação, consegui contribuir igualmente para o desenvolvimento da competência específica “1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.” (OE, 2010b,2), na sua unidade de competência J.1.3 (OE, 2010b) uma vez que me permitiu atuar ao nível da prevenção, por um lado pela intervenção que desenvolvi com vista à redução do risco de alterações principalmente ao nível motor e sensorial decorrentes da prática de cuidados das formandas e, por outro lado, pelo ensino, demonstração e treino de técnicas com vista à promoção da continuidade de cuidados uma vez que são as formandas que atuam especificamente na casa dos doentes e asseguram esta continuidade.

Durante a sessão destaco uma situação que foi trazida ao debate pelas formandas, a qual fui utilizando como exemplo prático ao longo da apresentação, para que tivessem oportunidade de simular a prestação de cuidados ao doente referido. Esta situação constitui um problema que, neste momento, as formandas estão a vivenciar. Trata-se de um senhor de 78 anos

de idade que vive com a esposa, também idosa, segundo as formandas, já sem força para prestar os cuidados ao marido. O casal tem duas filhas que por motivos profissionais não têm disponibilidade para prestar cuidados ao doente. Aparentemente o doente tem uma cama elétrica articulada e uma cadeira de rodas para onde faz o levante quase todos os dias com ajuda total. Esta cadeira de rodas tem atualmente os travões das rodas avariados pelo que, para realizarem as transferências a estratégia que encontraram foi encostar a cadeira a uma parede. As formandas apoiam este doente em termos de cuidados de higiene e conforto, alimentação e transferências visitando o domicílio do doente 2 vezes por dia (uma vez a meio da manhã e uma vez a meio da tarde). A maior dificuldade que referem sentir atualmente deriva do facto do doente apresentar um padrão de extensão dos segmentos principalmente ao nível dos membros inferiores que limita totalmente a realização de qualquer exercício de flexão do joelho e da articulação coxo-femural. Neste sentido afirmam que diariamente na prestação de cuidados têm a necessidade de realizar muito esforço físico para conseguirem realizar o levante do doente e a sua transferência para a cadeira de rodas. Uma vez sentado na cadeira as formandas referem que o doente vai escorregando no assento, dada a incapacidade para fletir os membros inferiores. Adicionalmente, como o doente não consegue colaborar nas transferências e como a cadeira de rodas tem os travões das rodas avariados, as formandas consideram que o risco do doente cair é muito elevado e já sugeriram à família diminuir a frequência dos levantes e privilegiar o posicionamento do doente no leito sentado, uma vez que a cama aparentemente permite este posicionamento. No entanto referem má receptividade por parte dos familiares do doente, afirmando estes que as formandas “não querem ter trabalho”(sic). Perante a descrição que as formandas fizeram da situação, enquanto futuro enfermeiro especialista em reabilitação, não só fiquei de imediato alerta para a questão do risco de queda aumentado do doente e do potencial risco de lesão músculo-esquelética das formandas, como também para o facto de perspetivar que este doente aparentemente poderá não beneficiar de permanecer sentado na cadeira de rodas uma vez que, dadas as suas condicionantes, poderá não ser possível promover na cadeira um alinhamento corporal adequado, colocando em risco a sua integridade. Apesar de ter verificado que este doente

não se encontra inscrito na ECCL, falei com a enfermeira orientadora, naquele momento, sobre a possibilidade de realizarmos uma visita domiciliária para avaliar a situação no local, falar com os familiares e recomendar o modo de atuação mais adequado às formandas para que estas prestem cuidados de forma segura. Prontamente a enfermeira orientadora aceitou a minha proposta e combinámos com a diretora técnica desta IPSS o envio da informação referente ao doente para avaliação do seu historial de saúde. Iremos então realizar uma visita domiciliária em dia a agendar, se possível ao mesmo tempo que a visita domiciliária das formandas.

Uma vez mais esta foi uma situação em que se tornou evidente que o enfermeiro de reabilitação tem uma grande autonomia de intervenção nos processos de limitação da autonomia/dependência acarretando responsabilidade que, alheada ao espírito empreendedor e à pro-atividade pressuposta e projetada nas competências específicas do enfermeiro especialista de reabilitação permite moldar uma intervenção profunda de acordo com aquelas que são as reais necessidades da pessoa/família/cuidadores, que em muitos casos não são explícitas, carecendo de um trabalho de desconstrução e olhar crítico sobre as mesmas. Apesar do doente não pertencer à lista de doentes da ECCL, vive neste momento uma situação de dependência que origina dúvidas, dificuldades e inclusivamente riscos para a sua saúde daqueles que são os nossos parceiros sociais e que atuam como cuidadores formais em contexto domiciliário. Por outro lado verifico que a capacidade de iniciativa que deve ser característica do enfermeiro de reabilitação permite atuar fazendo a diferença no dia-a-dia dos doentes e dos cuidadores. Isto fica bem evidenciado nesta situação na medida em que, enquanto futuro enfermeiro de reabilitação, não fiquei à espera que esta situação fosse eventualmente sinalizada para a equipa da ECCL. Antes, a história contada pelas formandas desenhou todo um contexto em que, a meu ver, se enquadra uma avaliação e possível intervenção do enfermeiro de reabilitação, tendo eu sido proactivo na identificação, gestão e desencadeamento da intervenção. Quer isto dizer que mais do que esperar que o problema venha a nós, pelos conhecimentos e perícia do enfermeiro de reabilitação temos de ser nós a procurar identificar os possíveis problemas.

A iniciativa que demonstrei em promover uma visita domiciliária ao doente da situação apresentada vai ao encontro da unidade de competência específica J1.1 da competência “1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (OE, 2010b, p.2), enquadrando-se principalmente nesta fase de intervenção no critério J.1.1.4 – “Identifica fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD’s de forma independente no contexto de vida da pessoa” (OE, 2010b, p.2), não só pelo levantamento de dados sobre o doente que realizei junto das formandas, como também pela iniciativa de realizar uma visita para avaliação do doente naquele que é o seu contexto de vida.

Também outro dos aspetos fundamentais desta experiência sustenta-se com a integração de que trabalhando na comunidade, a intervenção em conjunto/em colaboração com os parceiros sociais é fundamental não só porque as intervenções de ambas as partes complementam-se no domicílio do doente, mas também porque esta parceria constitui o meio ideal para a identificação/sinalização de potenciais situações e para a análise reflexiva sobre as práticas de cuidados com vista à sua melhoria contínua.

Um aspeto que pude constatar durante a sessão tendo sido verbalizado em concordância por todas as formandas tem a ver com o espaço físico disponível para a prestação de cuidados nas casas dos doentes e como este dificulta, em determinadas situações, a prestação de cuidados de forma segura para o prestador. De entre as situações referidas destaco a “falta de espaço no quarto que impossibilita a manutenção de uma postura correta durante a realização de esforços com o doente”(sic), “as camas dos doentes serem muito baixas ou largas”(sic) e “a existência de tapetes”(sic). Estas situações evocadas pelas formandas fazem-me repensar a temática das acessibilidades e da promoção de um ambiente seguro e consciencializo a grande necessidade que existe, na comunidade, de atuar a este nível preventivo de forma a promover comportamentos que se centrem no fortalecimento da autonomia da pessoa e na promoção de ambientes seguros. (ver a reflexão no final do texto sobre a dicotomia hospital-comunidade).

Antes de finalizar a sessão coloquei às formandas, enquanto grupo, as três questões que defini como forma de avaliação dos objetivos propostos, nomeadamente “Como podemos ensinar o doente a colaborar nas mudanças

de posição?”, “ Quais os principais cuidados a ter com a nossa postura quando posicionamos o doente?” e “Quais as medidas que podemos adotar para garantir que o doente fica sentado numa posição correta na cadeira?”. As formandas entreajudaram-se e foram capazes de responder corretamente às questões colocadas. Às 15 horas, depois dos debates gerados, dos exercícios práticos realizados e da realização das questões de avaliação da sessão, assegurei através do questionamento direto que não existiam mais dúvidas que a audiência quisesse ver respondidas naquela altura, pelo que dei por terminada esta sessão de formação.

No final da sessão uma das coordenadoras perguntou se não tínhamos apresentações sobre outras temáticas que pudéssemos realizar para dar continuidade a estas sessões de formação, identificando-as como muito benéficas e uma mais-valia para a instituição.

O planeamento e realização desta sessão de formação foi o resultado de uma necessidade identificada junto dos parceiros sociais da ECCI. O desenvolvimento destas atividades permitiu-me dar resposta à competência comum do enfermeiro especialista D2 “Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.” (OE, 2010^a, p.9) evidenciado pelo facto de ter atuado como um facilitador da aprendizagem na medida em que realizei o levantamento das necessidades, construí uma apresentação de suporte baseado na evidência com necessidade de realização de pesquisa bibliográfica e transmiti os conhecimentos possibilitando o esclarecimento de dúvidas e o treino supervisionado das técnicas.

Antes de concluir o presente relatório da sessão de formação importa referir que as ações futuras que se desenharam a partir deste momento de formação, mais concretamente as visitas domiciliárias que irei realizar em conjunto com as formandas, irão, de entre outras competências, proporcionar o desenvolvimento da competência comum C2 relativa à gestão dos cuidados “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.” (OE, 2010a, p.9) no sentido em que irá permitir organizar e coordenar as ajudantes de família na prestação de cuidados aos doentes, realizar ensino sobre a forma de promover a qualidade dos cuidados utilizando os recursos disponíveis e motivar a equipa através da colaboração direta em conjunto na prestação de cuidados.

Por último importa também referir que para além desta atividade ter contribuído para dar resposta aquelas que são identificadas como as competência comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação inerentes ao meu processo formativo, esta sessão deu igualmente resposta aquele que é o âmbito de intervenção da ECCI e aos objetivos que esta ECCI em particular, enquanto instituição integrante do CLASB (Conselho Local de Acção Social do Barreiro) reconheceu, no Plano de Desenvolvimento Social 2017-2020 como prioridade de intervenção no conselho, nomeadamente a formação daqueles que são os cuidadores formais domiciliários no que diz respeito aos processos de saúde/doença junto de pessoas idosas e dependentes.

Bibliografia

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

**Apêndice IX – Formação “Conselhos práticos para a
prestação de cuidados - mecânica corporal” - ECCI**

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Plano de Sessão de Formação

Tiago André de Sá Santos

Lisboa
Janeiro 2018



40. Designação da sessão:

Conselhos práticos para a prestação de cuidados – Mecânica corporal.

41. Duração da sessão:

1 Hora (das 14h às 15h).

42. Data da Sessão:

07/02/2018.

43. Local da sessão:

Sala de formação da UCC.

44. Identificação do formador:

Enfermeiro Tiago Santos, no âmbito do Curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

45. Identificação do grupo destinatário da formação:

Equipa de enfermagem da UCC (9 enfermeiros).

46. Conteúdos da sessão:

- Equilíbrio – conceitos básicos;
- Como treinar o equilíbrio na posição de sentado;
- Como treinar o equilíbrio na posição ortostática;
- Como aumentar a dificuldade do treino de equilíbrio;
- Marcha;
- Subir e descer escadas com canadianas;
- Como passar da posição de sentado para de pé;

- Como passar da posição de pé para sentado;
- Vestir e despir;
- A importância de se estabelecer rotinas;
- Deglutição.

47. Metodologia:

A sessão será teórico-prática com a realização de treino dos vários exercícios à medida que vão sendo apresentados. Será fundamental mobilizar experiências vividas pelos formandos que causem ou tenham causado dificuldades na prática e que se encontrem relacionadas com as temáticas a abordar.

48. Planeamento das Atividades:

- Apresentação do formando e da temática da sessão – Duração de 2 minutos.
- Sessão teórico-prática com exemplificação e treino dos exercícios, ao longo da apresentação. Duração de 35 minutos.
- Esclarecimento de dúvidas, quer relativas à apresentação, quer as decorrentes da prática diária dos enfermeiros. Duração de 15 minutos.
- Avaliação dos objetivos propostos. Duração de 5 minutos.
- Encerramento da sessão. Duração de 3 minutos.

49. Objetivo geral:

No final da formação os formandos devem ser capazes de:

- Implementar intervenções que promovam a autonomia do doente e a sua funcionalidade com vista à reintegração na vida familiar e na comunidade.

50. Objetivos específicos

- Recordar os princípios básicos do equilíbrio;
- Implementar exercícios de treino do equilíbrio na posição de sentado;
- Implementar exercícios de treino do equilíbrio na posição ortostática;
- Conhecer medidas que permitem aumentar a dificuldade do treino do equilíbrio;
- Identificar o modo de ajuste dos produtos de apoio para a marcha;
- Conhecer o procedimento de subir e descer escadas com canadianas;
- Conhecer os princípios da passagem da posição de sentado para a posição ortostática;
- Conhecer os princípios da passagem da posição ortostática para a posição de sentado;
- Conhecer medidas facilitadoras para potenciar a autonomia no autocuidado vestir e despir;
- Reconhecer a importância para o doente do estabelecimento de rotinas;
- Conhecer medidas facilitadoras do processo de deglutição.

51. Avaliação dos objetivos propostos

A avaliação será realizada através da componente prática a ser desenvolvida ao longo da sessão e através da colocação de três questões finais à audiência:

- Indiquem pelo menos três tipos de exercícios para treino do equilíbrio na posição ortostática;
- Numa situação em que o doente apresente uma limitação ao nível de um dos membros inferiores (ex: parésia), deve ser incentivado a utilizar um produto de apoio para auxiliar a marcha no lado são ou do lado afetado?;
- Indiquem pelo menos duas intervenções promotoras do processo de deglutição.

52. Recursos necessários (materiais e não materiais):

- Computador;
- Microsoft PowerPoint;
- Videoprojector;
- Tela de projeção;
- Cadeiras (mínimo 10)
- Enfermeira orientadora clinica;
- Professor Enfermeiro orientador da Escola;
- Enfermeiros da UCC;

Conselhos práticos para a prestação de cuidados – mecânica corporal

Enfª Tiago Santos
Nº 1921

Orientador da Escola: Prof. Joaquim Paulo Oliveira

8º CMEER – UC Estágio com Relatório
Barneto, 2018

Sumário

- Equilíbrio;
- Treinar o equilíbrio - Sentado;
- Treinar o equilíbrio - De pé;
- Treinar o equilíbrio - aumentar a dificuldade;
- Marcha;
- Subir e descer escadas com canadianas;
- Sentado para de pé;
- De pé para sentado;
- Vestir/Despir;
- Estabelecer rotinas;
- Deglutição.

Equilíbrio

- Posição do corpo em que o peso se encontra dividido equitativamente pela superfície de apoio e que permite manter a postura correta;
- Implica alinhamento;
- Engloba 3 componentes:
 - Base de sustentação;
 - Centro de gravidade;
 - Linha de gravidade

(OEL, 2013, p. 56)

Equilíbrio

Base de Sustentação

- Área onde a pessoa está apoiada;
- Quanto maior, maior é a estabilidade alcançada;
- Correta base de sustentação - Pés virados no sentido do movimento.



(OEL, 2013, p. 56)

Equilíbrio

Centro e Linha de gravidade

- **Centro de Gravidade** – Situa-se ao nível da 2ª vértebra sacral, no entanto pode estar alterado. A proximidade entre o centro de gravidade e a base de sustentação determina a estabilidade do equilíbrio;
- **Linha da gravidade** – Linha imaginária traçada perpendicularmente ao centro de gravidade do objeto. Quando cai dentro da base de sustentação obtém-se maior estabilidade.



Relação entre centro de gravidade, linha de gravidade e base de sustentação

(OEL, 2013, p. 57)

Equilíbrio

Alteração do centro de gravidade

- Os fatores mais comuns na prática de cuidados são a inclinação do tronco com ângulo superior a 10°



(OEL, 2013, p. 58)

Treinar o equilíbrio - Sentado

- Sentar o doente na cama com os pés apoiados e mãos ao lado do tronco assentes no colchão.
- Realizar movimentos de lateralização e inclinação anterior e posterior do tronco, enquanto se solicita ao doente para realizar força e manter a posição.



(CBE, 2013, p.59)

7

Treinar o equilíbrio - De pé

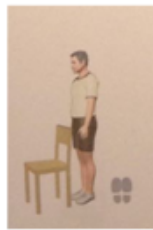
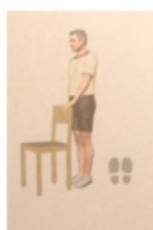
- De pé, membros superiores ao longo do corpo e pés à largura dos ombros;
- Fixar o olhar num ponto/objeto ao nível do campo de visão;
- Realizar lentamente a extensão da cervical (olhar para cima) e manter durante 15s;
- Dificultar: Realizar o exercício de olhos fechados
- Ter sempre uma cadeira/andarrilho à frente do doente.



(Marques, Figueiredo, Bicomia, Cruz, 2016, p.78)

8

Treinar o equilíbrio - De pé



- Juntar ligeiramente os pés (metade da largura dos ombros) 15s → afastar à largura dos ombros.
- Juntar os pés 15s → afastar à largura dos ombros;

(Marques, Figueiredo, Bicomia, Cruz, 2016, p.79)

9

Treinar o equilíbrio - De pé



- Colocar 1 pé à frente do outro;
- Colocar 1 pé à frente do outro;
- Aguentar 15s;
- Trocar o pé.
- Colocar 1 pé à frente do outro;
- Elevar MS dto à máx. abdução 15s e depois aduzir;
- Elevar MS esq à máx. abdução 15s e depois aduzir;
- Trocar o pé

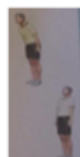
(Marques, Figueiredo, Bicomia, Cruz, 2016, p.76-77)

10

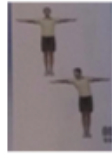
Treinar o equilíbrio - De pé



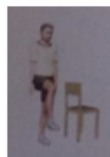
Marcha em linha reta



Inclinação do tronco



Abdução dos MS com e sem inclinação



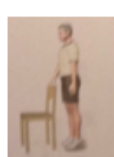
Flexão da anca



Flexão do joelho



Dorsiflexão



Flexão plantar

(Marques, Figueiredo, Bicomia, Cruz, 2016, p.79-82)

11

Treinar o equilíbrio - aumentar a dificuldade

- Reduzir a base de sustentação;
- Realizar o treino fechando os olhos;
- Modificar a posição dos membros superiores no espaço (ex: abdução dos ombros a 90°; flexão dos cotovelos a 90°; cruzar os braços ao peito; braços ao longo do corpo);
- Adicionar movimentos de rotação ou inclinação da cabeça e/ou do tronco;
- Alterar o ritmo do exercício;
- Utilizar uma superfície instável (ex: tapete de espuma).

(Marques, Figueiredo, Bicomia, Cruz, 2016, p.73-78)

12

Marcha

- Ajuste das canadianas - quando a mão está a segurar a pega, o cotovelo deve apresentar uma flexão de 30°.
- A bengala e a pirâmide são utilizadas do lado oposto ao membro inferior comprometido.



13

(OE, 2013, p.66)

Subir e descer escadas com Canadianas

1. Membro saudável à frente;
2. Canadianas;
3. Membro afectado.



14

Colocamo-nos atrás do doente



(OE, 2013, p.65)

Colocamo-nos à frente do doente

Sentado para de pé



1. Pés atrás da linha do joelho
2. Inclinação para a frente do tronco
3. Transferência do peso para os calcanhares
4. Levantar e endireitar

15

(Unidade Curricular de Enfermagem de Reabilitação II (Apresentação Posuponte), Prof. Ana Cardoso e Carla Joaquim, ESSE, 2017.)

De pé para sentado



1. Juntar bem as pernas ao início do assento
2. Inclinação para a frente do tronco
3. Empurrar o rabo para trás
4. Sentar

16

(Unidade Curricular de Enfermagem de Reabilitação II (Apresentação Posuponte), Prof. Ana Cardoso e Carla Joaquim, ESSE, 2017.)

Vestir/Despir

- Antes de se deitar colocar a roupa pela ordem que vai vestir;
- Utilizar velcro no vestuário e sapatos;
- Estabelecer rotinas: Vestir roupa para o dia e pijama para a noite;

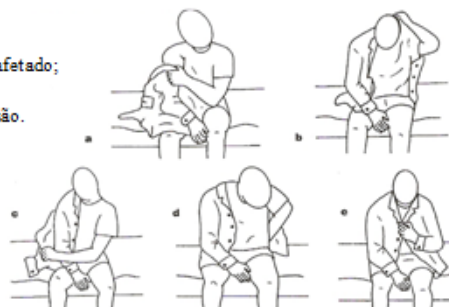


17

(OE, 2013, p.48)

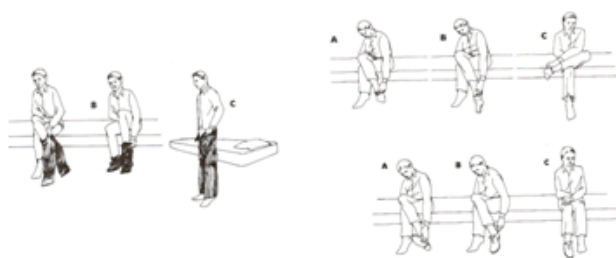
Vestir/Despir

1. MS afetado;
2. MS são.



(Adaptado: Unidade Curricular de Enfermagem de Reabilitação II (Apresentação Posuponte), Prof. Maria do Céu SS, ESSE, 2017.)

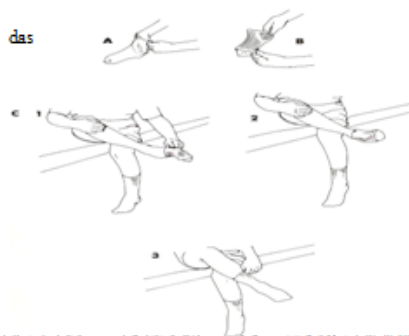
Vestir/Despir



(Adaptado: Unidade Curricular de Enfermagem de Reabilitação II (Apresentação Powerpoint). Prof. Maria do Céu Sá ESEL, 2017)

Vestir/Despir

- Facilitar o calçar das meias



(Adaptado: Unidade Curricular de Enfermagem de Reabilitação II (Apresentação Powerpoint). Prof. Maria do Céu Sá ESEL, 2017)

Estabelecer Rotinas

- Promover o levante;
- Incentivar a troca do vestuário;
- Treino de hábitos intestinais e vesicais (uso do wc em horários estabelecidos);
- Promover a participação nas tarefas domésticas;
- Realizar as refeições na mesa junto dos familiares;
- Estabelecer um plano de treino diário com objetivos atingíveis (gradualmente aumentando a complexidade) Ex: na próxima semana tem de conseguir fazer...

21

Deglutição

- Sentar o doente com a cabeça ligeiramente fletida;
- Usar colher de chá e colocar os alimentos na metade posterior da língua ou no lado não afectado;
- Ensinar o doente a mover os alimentos circularmente na boca e a empurrá-los para o fundo da boca com a língua (exercícios de fortalecimento dos músculos da face e da língua);
- Incentivar o doente a unir os lábios, ou uni-los manualmente;
- Incentivar a sustentar a respiração antes de deglutir;
- Colocar o polegar no queixo do doente puxando-o em direção ao esterno;
- Utilizar espessantes;

22

(Glenn, 2000)

Dúvidas



23

Bibliografia

- Glenn, N.H. (2000). Ingestão e Deglutição. In SP. Hoeman (Coordenador). *Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e processo* (pp. 377-392). Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-13-4;
- Marques, A.; Figueiredo, D.; Jacome, C.; Cruz, C. (2016). *Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). E agora? – Orientações para um programa de reabilitação respiratória*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-67-3;
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-24-0.
- Unidade Curricular de Enfermagem de Reabilitação II (Apresentação Powerpoint). Prof. Ana Cardoso e Carla Joaquim ESEL, 2017.
- Unidade Curricular de Enfermagem de Reabilitação II (Apresentação Powerpoint). Prof. Maria do Céu Sá ESEL, 2017.

24

Equilíbrio e Mudança de Posição

Realizado no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem
- Área de Especialização em Enfermagem, de Reabilitação

Estudante: En^o Tiago Santos

Orientador da Escola: Prof. Joaquim Paulo Oliveira

Local de Estágio: UCC

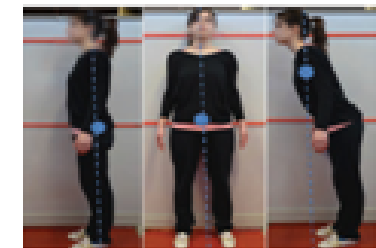
Equilíbrio

O equilíbrio envolve 3 componentes:

- **Base de sustentação:** área onde a pessoa está apoiada (a);
- **Centro de gravidade:** habitualmente ao nível da 2ª vértebra sacral (b);
- **Linha de gravidade:** linha imaginária perpendicular ao centro de gravidade. Quando está dentro da base de sustentação a pessoa tem mais equilíbrio (b).



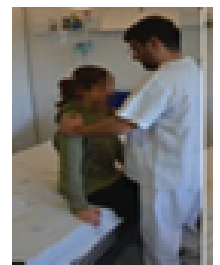
(a)



(b)

Treinar o equilíbrio - sentado

- **Posição:** sentar a pessoa à beira da cama, com as mãos ao lado do tronco assentes no colchão e com os pés apoiados;
- **Exercício:** inclinar o tronco para trás, para a frente e para os lados, pedindo à pessoa que realize força para manter a posição.



Treinar o equilíbrio – de pé



Pés à largura dos ombros. Levantar e baixar a cabeça (olhar para cima e queixo ao peito).



Juntar os pés 15 segundos e voltar a afastar.



Marchar/
Joelho ao
peito



Elevar o
calcanhar
ao rabo



Pôr 1 pé à frente do outro e
elevar 1 braço de cada vez.



Apoiar em bicos
de pés



Apoiar sobre os
calcanhares



Inclinar o tronco



Abrir os braços

Sentado para de pé



1. Pés atrás da linha do joelho;
2. Inclinar o tronco para a frente;
3. Transferir o peso para os calcanhares;
4. Levantar e endireitar.

De pé para sentado

1. Juntar bem as pernas ao início do assento;
2. Inclinar o tronco para a frente;
3. Empurrar o rabo para trás;
4. Sentar.



Referências Bibliográficas:

- Marques, A.; Figueiredo, D.; Almeida, C.; Cruz, C. (2016). Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC): É agora? – Orientações para um programa de reabilitação respiratória. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-67-3
- Ordem das Enfermeiras (2013). Guia Orientador de Boas Práticas – Cuidados à pessoa com alteração da mobilidade – posicionamentos, transições e treino de deambulação. Lisboa: Ordem das Enfermeiras. ISBN: 978-989-8-995-2-0-0
- Universidade Europeia de Enfermagem da Faculdade III (Universidade Europeia de Enfermagem). Prof. Ana Carolina e Carla. Loures: FCTE. 2017